

С. ЛИНН, И. КИРШ

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОГО ГИПНОЗА

ДОКАЗАТЕЛЬНО-ОБОСНОВАННЫЙ ПОДХОД



« Б И Б Л И О Т Е К А   Г И П Н О З А   П Р О Ф Е С С О Р А   Г О Р Д Е Е В А »

С. Линн, И. Кирш

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОГО ГИПНОЗА

Доказательно-обоснованный подход



«Психотерапия»
Москва
2011

ББК 88
УДК 159.9.072
Л 59

Steven Jay Lynn, PhD, and Irving Kirsch, PhD,

ESSENTIALS of

CLINICAL HYPNOSIS

An evidence-based approach

Перевод с английского Галины Бутенко

Линн, Стивен Дж. & Кирш, Ирвинг.

Л 59 ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОГО ГИПНОЗА: Доказательно-обоснованный подход / Пер. с англ. Галины Бутенко. — М.: Психотерапия, 2011. — 352 с.

Эта книга представляет собой один из лучших американских учебников по клиническому гипнозу. В книге подробно описаны программы гипнотического лечения различных нарушений пищевого поведения, программа отказа от курения, а также приведены тексты гипнотических наведений, применяемых при лечении депрессии, тревоги, ПТСР и других расстройств и для снижения болевых ощущений во время проведения хирургических, стоматологических, радиологических и других медицинских процедур. Сочетая в себе практическую и теоретико-исследовательскую часть, книга преодолевает разрыв между теорией и практикой и содействует распространению современных взглядов на гипноз.

Книга предназначена как для специалистов-практиков - врачей различной направленности (в том числе стоматологов), клинических психологов, психотерапевтов, гипнотерапевтов, желающих отточить свое мастерство и узнать новейшую информацию о возможностях и процедурах применения гипноза, — так и для аспирантов и студентов означенных специальностей.

Copyright O 2011 by the Psychotherapy, Ltd.
This Work was originally published in English under the title of:
Essentials of Clinical Hypnosis: An Evidence-Based Approach as a publication
of the American Psychological Association in the United States of America.
Copyright © 2006 by the American Psychological Association (APA).
The Work has been translated and republished in Russian language by permission
of the APA. This translation cannot be republished or reproduced by any third party
in any form without express written permission of the APA. No part of this publication
may be reproduced or distributed in any form or by any means, or stored in any
database or retrieval system without prior permission of the APA.

ISBN 978-5-903182-83-1

© The American Psychological Association (APA), 2006

© Издательство «Психотерапия», 2011

© Еалина Бутенко, перевод, 2011

ПРЕДИСЛОВИЕ К РУССКОМУ ИЗДАНИЮ

Многоликий гипноз... Еще одно его лицо - в исследованиях докторов Стивена Линна и Ирвинга Кирша. Так в чем же особенность их работы?

Сти вен Линн известен как разработчик современной теории гипноза. Притягательность его работ заключается в тщательной выверенности и доказанности каждого постулата. Более 30 лет опытов, наблюдений, анализа заслуживают безусловного уважения. Полет мысли и статистика, казалось бы, несовместимые вещи, но из их сочетания и вырастает подход, основанный на доказательной базе. Эта книга о гипнозе, который не уповает на случайность. Здесь описаны «гипнотические закономерности», которые позволяют психотерапевтам чувствовать твердую почву под ногами. Оказывается, можно «измерить алгеброй гармонию» гипнотерапии. Подход Стивена Линна несет на себе явный отпечаток структурности и терапевтического прагматизма в сочетании с новаторскими идеями в работе с разной проблематикой. Терапевтические результаты гипнотической работы анализируются, систематизируются, чтобы стать новой главой в теории гипноза.

Ирвинг Кирш также широко известен своими работами по исследованию гипноза, внушений и эффекта плацебо. Эта книга, посвященная искусству клинического гипноза, является результатом многолетнего сотрудничества авторов. Известные специалисты и преподаватели гипноза, через представление клинических случаев, описание сессий и пошаговых инструкций они умеют донести до читателя неумолимую логику результативного гипноза, научить, поддержать и заворожить. Представленные стратегии работы включают в себя понимание и особенностей пациента, страдающего тем или иным расстройством, и позиции терапевта и происходящих или произошедших терапевтических изменений.

Признанные мастера клинического гипноза, Стивен Линн и Ирвинг Кирш дают возможность новичкам в гипнозе почувствовать себя увереннее, а маститым профессионалам - возможность оттачивать свое мастерство и участвовать в дискуссии о гипнотических подходах. Книга будет интересна сочетанием когнитивно-бихевиоральной теории и гипнотической практики.

На семинарах по гипнозу, которые я веду, часто возникает вопрос о методиках лечения тех или иных проблем и состояний. Понятно желание специалистов иметь четко определенный инструмент для работы с различными нозологическими единицами. Чаще всего эти вопросы касаются зависимого поведения, фобий и панических атак. Теперь я могу рекомендовать книгу профессора Линна, где тщательно описаны эти методики. Подробно разобрано лечение табакокурения, переедания, булимии.

Все чаще на психотерапевтический прием приходят пациенты с депрессией, тревожными расстройствами, а в последнее время - страдающие посттравматическим стрессовым расстройством. Несколько глав книги посвящены именно этим заболеваниям, стратегиям и тактике работы с ними, а также способам контроля болевого синдрома. Это настолько интересные и работающие подходы, что мы пригласили профессора Линна приехать в Россию и поделиться секретами своего мастерства. Он любезно ответил согласием на наше приглашение, и мне не терпится сказать ему при встрече: «Добро пожаловать, доктор Линн!»

М.Н. Гордеев, профессор Института психотерапии и клинической психологии

ОСНОВЫ
КЛИНИЧЕСКОГО
ГИПНОЗА

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ

Как и во всей психологии, в области гипноза часто существует разрыв между лабораторными исследованиями и клинической практикой. Многие клиницисты нередко сетуют на то, что большинство исследований по гипнозу не учитывают те проблемы, с которыми им приходится сталкиваться в своей повседневной практике. Исследователи же, находящиеся по другую сторону «водораздела», часто выражают недовольство, что их работа игнорируется большинством клиницистов. Эта книга родилась из желания преодолеть существующий разрыв между исследованиями и практикой.

Мы известны как исследователи и теоретики, поскольку написали более 300 статей, большинство из которых посвящены научным исследованиям. Однако еще мы являемся клиническими психологами и на протяжении всей своей карьеры ведем активную клиническую практику, занимаясь и психотерапией, и супервизией. Кроме того мы проводим учебные и супервизорские занятия по психотерапии для аспирантов, обучающихся в университетах по программам клинической психологии. Если обращать внимание только на наши публикации, то можно недооценить нашу профессиональную роль в качестве клиницистов. Фактически, мы — практики от науки в традициях Боулдеровской модели, на основе которой сформированы программы клинической психологии во всех Соединенных штатах. Эта книга является кульминацией наших собственных размышлений о гипнозе, так же как и плодом нашего двадцатилетнего сотрудничества.

Эта книга по существу является клинической. Но это клиническая книга с научно-исследовательской базой. Клинические стратегии и методы, которые мы представляем здесь, это методы и стратегии, которыми мы пользуемся в своей практике и которым обуча-

ем своих аспирантов. Это доказательно-обоснованные процедуры. Многие из специфических техник, которые мы описываем в книге, прошли проверку клиническими испытаниями и исследованиями результатов их применения, а наш подход к большинству стратегических проблем сформирован на основе научно-исследовательской литературы по гипнозу, психотерапии и психопатологии. Если существует фундаментальное различие между этой книгой и многими другими руководствами по клиническому применению гипноза, то оно состоит в степени доказательности описанных нами принципов и методов. Отсюда и подзаголовок этой книги.

Мы стремимся донести до широкой аудитории читателей свой энтузиазм по интеграции гипноза с методами, эффективность которых доказана опытным путем, и помочь гипнозу более уверенно занять свое место в основном русле общей клинической практики. Мы также надеемся помочь новичкам включиться в практику гипноза, представив в книге основные методы наведения и внушения и показав, когда применять и когда не применять гипнотические процедуры. Для студентов здесь приводятся наиболее передовые и специализированные методы и стратегии гипноза всех уровней. В нашей книге читатели встретятся с фундаментальной информацией об истории гипноза, с обзором различных теоретических взглядов на гипноз, с современными научными обзорами по доказательно-обоснованным методам психотерапии и с обсуждением спорных вопросов, включая использование гипноза для восстановления памяти. Расшифровки стенограмм сессий, иллюстрирующие примеры и пошаговые процедуры для лечения множества расстройств и состояний, с которыми обычно приходится сталкиваться в клинической практике (например, тревога, депрессия, посттравматическое стрессовое расстройство, боль, курение и нарушения пищевого поведения), служат путеводителями для применения гипнотических методов. Мы уверены, что эта книга, в сочетании с применением гипнотических процедур под супервизией, которую могут обеспечить рабочие семинары, проводимые известными обществами гипноза (например, Обществом клинического и экспериментального гипноза, Американским обществом клинического гипноза), даст возможность читателям приобрести те знания и опыт, которые требуются для уверенной гипнотической практики.

Как и при написании любой книги, существует много людей, которых мы должны поблагодарить. Мы хотим выразить благодарность Сьюзен Рейнольдс из Американской психологической ассоциации за ее терпение и поддержку; Джозефу Грину, Линде Мак-Картер, Шери Оз, Ферну Прайтикину Линну, Женевьеве Джилл и Джудит Пинтар за их проницательные комментарии к рукописи; нашим аспирантам, у которых мы учились так же, как они учились у нас; Дэвиду Меллинджеру за его вклад в главу по тревоге; и нашим пациентам, которые в процессе своего собственного роста помогли вырасти и нам — как клиницистам и как людям.

1

ВВЕДЕНИЕ: ОПРЕДЕЛЕНИЯ И РАННЯЯ ИСТОРИЯ

В течение многих столетий покрытый тайной и мифами гипноз многие рассматривали с подозрением. В то же время он привлекал внимание наиболее известных исследователей человеческого поведения. Гипнозу были посвящены серьезные исследования Зигмунда Фрейда, Альфреда Вине, Уильяма Джеймса, Вильгельма Вундта, Кларка Халла, Эрнеста Р. Хил гарда и других светил психологии. И все же только недавно гипноз начал получать то признание, которого заслуживает. Он стал предметом интенсивных исследований в психологических лабораториях всего мира (см. Fromm & Nash, 1992; Kirsch & Lynn, 1995; Lynn & Rhue, 1991a), также как доказательства его терапевтической эффективности. Специальный выпуск *Международного журнала клинического и экспериментального гипноза,* посвященный теме «гипноз, как эмпирически подтвержденное клиническое вмешательство», документально подтвердил эффективность гипноза и перспективность его использования в лечении широкого спектра различных состояний и расстройств — от острой и хронической боли до ожирения (см. Lynn, Kirsch, Barabasz, Cardena, & Patterson, 2000). Кроме того, мета-аналитические обзоры, синтезирующие полученные в многократных испытаниях данные, показали, что гипноз увеличивает эффективность и психодинамической, и когнитивно-поведенческой психотерапии (Kirsch, 1990; Kirsch, Montgomery, & Sapirstein, 1995).

Существует множество причин, почему гипноз принимают так медленно. Одна из них — драматический характер его эффектов. Кажется, что многие люди во время гипноза теряют контроль над

своим обычно произвольным поведением; у некоторых проявляется временная, избирательная амнезия; другие могут сообщать том, что видят и слышат вещи, не присутствующие в действительности, и могут не видеть или не слышать того, что происходит вокруг. Поведение загипнотизированных людей и их сообщения о переживаниях такого рода казались настолько необычными, что многие исследователи полагали, что эти феномены обязаны своим возникновением особому состоянию сознания, обычно называемому *трансом.*

Концепция транса — это еще одна причина для широко распространенного - но в настоящее время уменьшающегося - нежелания изучать гипноз и применять его в клинической практике. Она может отпугивать и клиницистов, и пациентов. «Погружение человека в транс» — это звучит очень серьезно. Что, если человек застрянет там и не сможет выйти? Данные, накоплен н ые в результате контролируемых экспериментов, должны рассеять опасения такого рода. Состояние сознания, вызванное типичной гипнотической индукцией, выглядит нисколько не отличающимся от состояния, вызванного негипнотическим тренингом релаксации (Edmonston, 1981; Kirsch, Mobayed, Council, & Kenny, 1992; E. Meyer & Lynn, 2004). Но хотя большинство исследователей пришли к выводу, что гипнотические ответы обязаны своим возникновением не гипнотическому состоянию или состоянию транса (см. Kirsch & Lynn, 1995), но гипноз — это и не просто расслабление. Еипноз можно навести инструкциями расслабиться или «собраться» (почувствовать себя энергичным). Гипноз можно вызвать у человека даже во время усиленной тренировки (Banyai, 1991; Banyai& Hilgard, 1976). Проблема, является ли гипноз измененным состоянием сознания, состоянием транса — все еще спорная и будет подробно обсуждаться нами в заключительной главе.

ЧТО ТАКОЕ ГИПНОЗ?

Что же такое гипноз? Клиницисты и исследователи различных теоретических ориентаций (см. Kirsch, 1994a) договорились о следующем определении гипноза, которое было официально принято Обществом психологического гипноза — Тридцатым отделением Американской психологической ассоциации (АПА):

Гипноз - это процедура, в течение которой квалифицированный специалист-практик или исследователь в области здоровья делает внушение, чтобы клиент, пациент или испытуемый почувствовали изменения в своих ощущениях, восприятии, мыслях или поведении. Гипнотический контекст в целом устанавливается с помощью процедуры наведения. Несмотря на то, что существует множество различных гипнотических наведений, большинство из них включают внушения для расслабления, спокойствия и хорошего самочувствия. В гипнотические наведения обычно также включаются инструкции представить себе нечто приятное или подумать о нем.

Люди реагируют на гипноз по-разному. Некоторые описывают свой опыт как измененное состояние сознания. Другие описывают гипноз как нормальное состояние сфокусированного внимания, в котором они чувствуют себя очень спокойными и расслабленными. Независимо от того, как и в какой степени они отвечают на гипноз, большинство людей описывает этот опыт как очень приятный. Некоторые люди сильнее поддаются гипнотическим внушениям, другие слабее. Способность человека испытывать гипнотические внушения может угнетаться страхами и проблемами, проистекающими из некоторых общих неверных представлений. Вопреки некоторым распространяемым с помощью книг, кинофильмов и телевидения представлениям о гипнозе, загипнотизированные люди не теряют контроля над своим поведением. Обычно они осознают, кто они и где они, и, если им специально не внушали амнезию, — помнят то, что происходило во время гипноза. Гипноз делает более легким восприятие внушений, но не заставляет человека их принимать. Гипноз — это не вид терапии, подобно бихевиоральной терапии или психоанализу. Вместо этого, гипноз — это процедура, которая может применяться для усиления терапии. Поскольку гипноз — не терапия сама по себе, то для проведения терапии обучения только одному гипнозу недостаточно. Клинический гипноз должен использоваться только соответствующим образом обученными и сертифицированными специалистами — медиками или психологами (например, дипломированными клиническими психологами), которые также имеют образование в области клинического применения гипноза и работают в пределах своей профессиональной компетенции.

Гипнозом пользовались при терапии боли, депрессии, тревоги, стресса, патологических привычек и многих других психо-

логических и физических расстройств и нарушений. Однако возможно, что он не пригоден для решения всех психологических проблем или для всех пациентов или клиентов. Решение использовать гипноз в качестве дополнения к терапии может быть принято только на основании консультации с квалифицированным представителем сферы медицинских и психологических услуг, обученным в области применения клинического гипноза и его ограничений. В дополнение к использованию гипноза в клинических условиях, гипноз используется в научных исследованиях с целью изучения как природы самого гипноза, так и его воздействий - на ощущения, восприятие, научение, память и физиологию. Исследователи также изучают целесообразность применения гипноза в лечении психологических и физических расстройств и нарушений (Kirsch, 1994a, p. 142-143).

Спустя десять лет после того, как было создано первое определение гипноза, исполнительный комитет Общества психологического гипноза — Тридцатого отделения АПА (Green, Barabasz, Barrett, & Montgomery, 2005) исправил его, с тем чтобы охватить широко используемую клинически технику самогипноза, описываемую как «акт управления гипнотическими процедурами на самом себе». В переформулированном определении признается также: «Многие думают, что гипнотические реакции и переживания являются характеристиками гипнотического состояния. В то время как некоторые считают, что не следует использовать слово *гипноз* как часть гипнотического наведения, другие полагают, что это совершенно необходимо» (p. 262). В новом определении также отмечено, что восприимчивость к внушению в клинических условиях и в лабораторных исследованиях можно оценивать с помощью стандартизированных шкал, относя полученные индивидуальные баллы к низкой, средней и высокой категории, при этом «показатель надежности того, что человек достигнет гипнотического состояния, увеличивается вместе с количеством набранных им баллов» (p. 263). Хотя само определение гипноза оказалось, в общем, спорной проблемой (см. например, Fellows, 1995; Hasegawa & Jamieson, 2002; Kallio & Revonsuo, 2003; Kileen & Nash, 2003; D. Spiegel, 1998; Wagstaff, 1998), определения гипноза, сформулированные АПА, полезны для начального понимания гипноза и гипнотических феноменов.

ПУТЕВОДИТЕЛЬ ПО КНИГЕ

Любое достаточно полное понимание гипноза должно быть сопоставлено с оценкой исторического контекста. Многие современные взгляды, которые рассматриваются в этой книге, наряду с популярными мифами и неверными представлениями о гипнозе, в большом количестве бытующими до настоящего времени, берут свое начало в ранних представлениях о гипнозе. В последующих главах мы более подробно остановимся на тех темах, с которыми кратко познакомим читателя в этой главе, прослеживая историю гипноза от исцеляющих ритуалов до современных лабораторий по научному изучению гипнотических явлений.

Глава 2 представляет собой краткий обзор современных теорий и исследований гипноза, включая эмпирическое подтверждение принципов и методов, описанных в связи с конкретными расстройствами и состояниями, обсуждаемыми в книге.

Главы 3,4 и 5 познакомят читателя с основными продвинутыми методами гипноза, в том числе с решением вопроса об использовании гипноза для данного пациента, с техниками внушения и наведения для углубления гипнотического состояния, с техниками расслабления и самогипноза, образного представления, а также техниками управления эмоциями и достижения особых постгипнотических целей.

Главы 6 — 1 1 иллюстрируют, как лечение расстройств и состояний (в том числе нарушений пищевого поведения, курения, депрессии, тревоги, посттравматического стрессового расстройства, боли и прочих заболеваний), с которыми обычно сталкиваются клиницисты, можно объединить с эмпирически подтвержденными клиническими вмешательствами и усилить за счет гипноза.

Наконец, глава 12 обращается к трудноразрешимым вопросам и противоречиям вокруг гипноза, включая следующие: Действительно ли гипноз — особое трансовое состояние? Следует ли использовать гипноз для восстановления памяти? Нужно ли проверять человека на внушаемость? Оказывает ли гипноз негативное воздействие на пациентов?

КРАТКАЯ ИСТОРИЯ ГИПНОЗА

Использование термина *гипноз* берет начало в работе британского врача XIX века, Джеймса Брейда (Braid, 1843). Однако явление, к которому оно относится, по крайней мере на полвека ранее было известно под названием *животный магнетизм,* или *месмеризм.* Полагая, что это явление возникает вследствие наличия магнетизма, месмеристы искали его корни в древних попытках лечения с помощью магнитов (Binet & Fere, 1888). Более поздние ученые адаптировали понятие измененного состояния и описали древние ритуалы исцеления (предвестники современного гипноза), использовавшиеся западными и восточными цивилизациями (например, Gravitz, 1991). Впрочем, ключ к пониманию развития гипноза можно найти в переплетении историй об истерии и одержимости демонами (см. Spanos& Chaves, 1991).

Со времени публикации *Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам* (третье издание; *DSM-III;* Американская психиатрическая ассоциация, 1980) истерия, или истерический невроз, прекратила свое существование в качестве признанного расстройства. Ее компоненты — диссоциативное и конверсионное расстройства — были перегруппированы, последнее как подкатегория соматоформного расстройства. Однако историю этих расстройств и их связь с развитием гипноза лучше всего можно понять, если вернуться к более ранней классификации истерии, как к расстройству, характеризующемуся очевидными изменениями в личности, восприятии и контроле за поведением. Симптомы, ранее связываемые с истерией, — теперь это стили поведения, которые выявляются стандартизированными тестами, использующимися для измерения отклика на гипнотические внушения.

Блуждающая матка

История истерии началась в Древнем Египте. Там считалось, что истерия является результатом движения матки к пораженной части тела, такое объяснение истерии сохранялось в течение тысяч лет. Таким образом, истерию рассматривали как расстройство, присущее только женщинам. Если у мужчины обнаруживалась слепо-

та, говорили, что он слеп. Однако считалось, что слепота женщины, возможно, истерична по природе и вызывается движением матки к области глаз. Египтяне верили, что причиной передвижения матки была ее неприязнь к запаху того места, где она должна находиться, и принятым лечением истерии было окуривание.

Древние греки переняли у египтян взгляд на это расстройство и сохранили его привычное название (в переводе на греческий «матка» — *hysteron).* Непрофессиональное значение термина *истерия* для обозначения чрезмерно эмоционального и разъяренного поведения несомненно связано с тем фактом, что повсюду в истории конвульсии были частым признаком этого расстройства. Это историческое стечение обстоятельств, возможно, ответственно за возникновение стереотипа называть женщин истеричными. Но греки не приняли египетскую теорию причины передвижения матки. Вместо этого они выдвинули свою гипотезу — о том, что матка перемещается, потому что хочет ребенка. Таким образом в качестве лечебного средства они признавали беременность.

Ассоциация истерии с блуждающей маткой сохранилась и в Средние века, в которые тем не менее отвергли и египетские, и греческие представления о том, почему матка перемещается. Вместо окуривания и оплодотворения истеричных пациенток лечили с помощью молитвы, как в следующем примере десятого века:

> **О Господи!.. Останови матку Твоей девы Н. [имя] и излечи эту болезнь, ибо перемещается она неистово... Заклинаю тебя, о матка, от имени Святой Троицы, вернуться в то место,., куда Бог поместил тебя изначально. Заклинаю тебя... вернуться на свое место как можно мягче и спокойнее, а не перемещаться и не причинять какой-либо вред этой рабе Божьей, Н... Заклинаю тебя не вредить деве Божьей, Н., не занимать ее голову, горло, шею, грудь, уши, зубы, глаза, ноздри, лопатки, руки, ладони, сердце, живот, селезенку, почки, спину, бока, суставы, пупок, кишечник, мочевой пузырь, бедра, голени, пятки, ногти, но лежать спокойно в том месте, которое Господь для тебя выбрал, чтобы эта дева Божья, Н., стала здорова.**

Указания на эти различные местоположения были, конечно, профилактической мерой, нацеленной на предотвращение замены симптома.

Одержимость демонами и экзорцизм

В эпоху Возрождения многих людей, которых ранее диагностировали бы как истеричных, считали одержимыми дьяволом. Ранее, в Средние века, власть дьявола, как заявляли церковные авторитеты, ограничивалась введением в заблуждение легковерных с помощью ночных кошмаров (Kirsch, 1978, 1980). Развитие научных наблюдений в эпоху Возрождения стало причиной публикации многочисленных случаев из практики авторитетных врачей, в которых по-видимому истерические симптомы бросали вызов ограничениям физических возможностей. Яркий пример — следующее сообщение XV века Антонио Бенивьени, «отца патологической анатомии»:

> **«Новое и весьма необычное заболевание распространилось в настоящее время, и хотя я видел и лечил его, едва ли я смею его описывать. С уст девушки 16-ти лет срывался ужасный крик, а живот ее раздувался так, что это выглядело, будто она на 8 месяце беременности... Она изгибалась и металась на кровати, и иногда ее шея касалась подошв ее ног, будто прирастая к ним, потом она падала обессиленной и вновь пробуждалась... Исследуя это заболевание, я заключил, что оно явилось результатом подъема матки, вредные испарения тем самым были подняты вверх и атаковали сердце и мозг. Я использовал подходящие к такому случаю лекарства, но от них не было никакой пользы. И все же я не отступал до тех пор, пока она не взбесилась еще больше... и не стала извергать из желудка длинные гнутые гвозди и медные булавки вместе с воском и волосами, смешанными в комок, и после всего этого она извергла кусок пищи, настолько большой, что никто не смог бы проглотить его целиком. ... Я решил, что она была одержима злым духом, который ослепил глаза зрителей, в то время как сам он все это проделывал. Ее передали на лечение врачевателям душ». (Benivieni, 1954, p. 35)**

Подобные явления были описаны и другими врачами того времени, включая свидетельства о вскрытии трупов умерших, в желудках которых находили куски древесины, железа, ножей и других больших изделий. В других медицинских сообщениях описывались большие твердые объекты, будто спроецированные внутрь и извлеченные наружу из тел пациентов без разрыва кожи. Такие сообщения продолжались вплоть до XVII века. Например, Ян Батист ван Гельмонт - врач и химик XVII века, который открыл существо-

вание других газов, кроме воздуха, и придумал слово *газ,* — записал из первых уст множество невероятных сообщений, включая то, в котором мальчик исторг из желудка дыбу, на которой мучили обвиняемых ведьм, — полностью — с основанием, колесом и веревками. Поскольку дыба была слишком большой, чтобы пройти через горло мальчика, ван Хельмут выдвинул гипотезу, что на самом деле она появилась через поры кожи, но демон вызвал галлюцинацию у зрителей, заставив их неправильно воспринять это событие. Подобные сообщения дополнили волну судов над ведьмами, достигшими своего пика в середине научной революции.

Проблема для врачебных и духовных практиков состояла в том, чтобы провести дифференциальный диагноз между истерией и одержимостью. В самом раннем руководстве Крамера и Шпренгера (Kramer & Sprenger, 1484/1971) церковные власти переложили эту задачу на лекарей, пользовавшихся стратегией, описанной в ранее приведенной цитате Бенивьени. Сначала нужно было испробовать применение лекарств, в эффективность которых верили при лечении истерии. Если они не помогали или если существовало какое-то другое свидетельство сверхъестественного вмешательства, то следовало передать случай «врачевателям душ».

Позже духовники и священнослужители стали ставить диагноз напрямую. Процедуры, которыми пользовался отец Иоганн Йозеф Гасснер в XVIII веке, были типичными для Мюнхена той поры:

> **Сначала Гасснер велел [пациентке] встать перед ним на колени, кратко расспросил, как ее зовут, о ее болезни и согласна ли она, чтобы произошло все, что бы он ни приказал. Она согласилась. Тогда Гасснер торжественно произнес по-латыни: «Если в этой болезни существует что-нибудь сверхъестественное, именем Иисуса я приказываю: немедленно проявись». Пациентка сразу же забилась в конвульсиях. Согласно Гасснеру, это явилось доказательством того, что конвульсии вызваны злым духом, а не естественной болезнью, и затем он продолжал показывать свою власть над демоном, которому велел по-латыни вызывать конвульсии в различных частях тела пациентки; потом он вызвал по очереди внешние проявления горя, глупости, честности, гнева и так далее, и даже появление смерти (цит. по Ellenberger, 1970, p. 54)**

Гасснеровский экзорцизм сильно напоминает фазы современного гипноза, но не совпадает полностью, как мы увидим далее.

Волшебник из Вены

В эпоху Просвещения, в XVITI веке, сверхъестественные объяснения вышли из моды, и теории одержимости демонами и блуждающей матки сменились теорией животного магнетизма. Теория животного магнетизма была детищем Франца Антуана Месмера (1734—1815), видного венского врача, который, возможно, послужил прототипом волшебника в «Ученике чародея» — одной из частей диснеевского мультфильма «Фантазия». Его театральные методы исцеления включали даже использование магнитной палочки, которой он касался тела пациента.

Месмер полагал, что невидимые магнитные флюиды пронизывают Вселенную. Согласно его теории, эти флюиды являются причиной тяготения, магнетизма и электричества, а также оказывают глубокое воздействие на человеческое тело. Нарушение равновесия магнитных флюидов вызывает нервные заболевания, а восстановление баланса с помощью гипноза — вызывает их излечение.

Его первым загипнотизированным пациентом стала Франциска Остерлин, молодая уроженка Вены, которая обратилась к Месмеру в 1773 году из-за истерического расстройства, которое среди многих симптомов включало и конвульсии (Mesmer, 1779). Найдя ортодоксальное лечение бесполезным, Месмер решил попробовать приложить к телу пациентки магниты. Согласно Месмеру, эффект от этой процедуры должен был вызвать некоторые болезненные ощущения, после чего наступит ремиссия. Последующее лечение стойко вызывало конвульсии, от которых пациентка страдала, а Месмер обнаружил, что может управлять местом возникновения этих конвульсий, касаясь или указывая на различные части тела пациентки, — явление, которое он с гордостью демонстрировал другим.

Симптомы истерии по всей видимости передаются через культуру, о чем свидетельствует их тенденция входить в моду и выходить из моды. «Перчаточная анестезия» была популярна в одну эпоху, одержимость демонами — в другую; самым популярным расстройством с симптомами истерии недавно стало диссоциативное расстройство личности. Поэтому конвульсии фрейлейн Остерлин можно было бы приписать культурному знанию, поскольку они были типичными симптомами истерических расстройств и одержимости демонами. В частности, изгнание нечистой силы отцом Еасснером

широко обсуждалось в венском обществе, и фрейлейн Остерлин почти наверняка знала о его работе (Mesmer, 1779). Этими знаниями можно также объяснить чувствительность ее конвульсий к указаниям Месмера на определенные участки тела, что также было характерной особенностью Гасснеровского экзорцизма.

Магнетическое лечение Месмера постепенно привело фрейлейн Остерлин к восстановлению здоровья, а история ее лечения принесла Месмеру новых пациентов. Зная об истории лечения фрейлейн Остерлин, эти новые пацйенты, должно быть, также знали о ее конвульсивной реакции на лечение, и это знание могло привести их к ожиданию аналогичной реакции. Так конвульсивные кризы стали отличительными признаками месмеризма. С дикими глазами, «месмеризированные» пациенты смеялись, плакали, вопили и метались, в конечном счете впадая в ступор. В XVIII веке именно такой конвульсивный криз, продолжающийся до трех часов, рассматривали в качестве определяющей характеристики гипноза. Этот феномен — ошибочное принятие результата внушения за сущность гипноза — много раз снова и снова встречался в его истории.

То, что позже стало рассматриваться как гипнотический транс, было обнаружено одним из учеников Месмера, маркизом де Пюисегюром, пациентами которому служили окрестные крестьяне. Должно быть они меньше, чем пациенты других магнетистов, знали, как им следует себя вести при вхождении в криз; поскольку де Пюисегюру не нравилась идея криза с самого начала его обучения, то вряд ли он сообщил своим пациентам об этой характеристике гипноза. Один из его ранних пациентов, 23-летний крестьянин по имени Виктор Рас во время сеанса, казалось, входил в подобное сну состояние. Его поведение в этом состоянии было настолько примечательно, что с тех пор месмеристы стали больше интересоваться тем, что они называли *искусственным сомнамбулизмом,* — конвульсивный криз при этом постепенно исчез, а сомнамбулизм стал более частым явлением, — и другой результат внушения был ошибочно принят за сущность гипноза.

Флюиды или обман?

В 1778 году Месмер направился в Париж, где его практика стала настолько популярной, что побуждала массовые исцеления. Излечения вызывались с помощью большого чана «намагниченной»

воды, называемого *бакэ.* Бине и Фере (1888) описывали эту установку следующим образом:

> «Круглый дубовый чан, приблизительно в один фут высотой, размещался в середине большого зала, занавешенного плотными шторами, через которые проникал только мягкий и приглушенный свет. Это и был *бакэ...* Пациенты располагались несколькими рядами вокруг *бакэ* и были соединены друг с другом веревкой, обернутой вокруг их тел, а также второй цепью, образованной сцеплением рук. Пока они ожидали, слышался мелодичный звук фортепиано или стеклянной гармоники, находящихся в соседней комнате... Месмер, одетый в мантию из сиреневого шелка, прохаживался среди этой трепещущей толпы... [Он] нес длинную железную палочку, которой касался тел пациентов, и особенно тех частей их тел, которые болели» (с. 8—10).

Откладывая палочку, Месмер часто гипнотизировал молодых женщин с помощью рук. Как описывают современники, одна женщина сидела с крепко зажатыми между бедер гипнотизера коленями, который надавливал ей на «яичник» и поглаживал ее тело, пока она не забилась в конвульсиях. Это называлось «деланием пассов». Согласно Бине и Фере (1888, с. 11), «молодые женщины были так удовлетворены кризом, что просили погрузить их туда снова».

Комиссия Франклина

Без сомнения, использование подобных процедур внесло свой вклад в решение правительства в 1784 году начать расследование относительно теории и практики месмеризма (см. Lynn & Lilienfeld, 2002; Nash, 2002). Были учреждены две исследовательских комиссии, в которые среди прочих членов вошли Бенджамин Франклин, американский посол во Франции, Антуан Лавуазье, основатель современной химии, и бесславный доктор Гильотен, который «прославился» своим механическим решением проблемы «голова-тело» (Franklin et al., 1785/1970).

Участники этих комиссий изобрели ряд экспериментов, включавших некоторые удивительно искусные процедуры управления ожиданиями. Например, дерево в саду Бенджамина Франклина было «магнетизировано» одним из учеников Месмера, но участии-

ка эксперимента преднамеренно подводили не к тому дереву. Другому испытуемому говорили, что контейнер с водой магнетизирован, хотя на самом деле это было не так. Или испытуемого дезинформировали, говоря, будто гипнотизер магнетизирует его из-за закрытой двери.

Успех этих манипуляций с ожиданиями вынудил участников комиссий признать, что эффекты месмеризма обязаны своим происхождением вере и воображению. Эти эксперименты XVIII века замечательны своей методологической изощренностью и являются первыми демонстрациями роли ожиданий в том феномене, из которого развился современный гипноз. Они эффективно демонстрируют, что гипнотические явления зависят от веры людей в применение процедур, а не от самих процедур.

В эпоху Просвещения суждение комиссий о том, что эффекты месмеризма происходят из-за воображения, было эквивалентно заключению, что они нереальны. Один из учеников Месмера (цит. по Binet & Fere, 1888, p. 17) однажды мудро заметил: «Если воображение — это самое эффективное лекарство, то почему бы нам его не использовать?» Однако его предложение было повсеместно проигнорировано, и месмеризм пошел на убыль.

НОРМАЛЬНЫЙ, ПАРАНОРМАЛЬНЫЙ ИЛИ НЕНОРМАЛЬНЫЙ?

Обремененный справедливо дискредитированной теорией животного магнетизма феномен, обнаруженный Месмером и де Пюисегюром, имел мало шансов на широкое профессиональное принятие. Кроме того, его репутация не улучшалась за счет экстравагантных заявлений его сторонников, утверждавших, что магнетизм наделяет людей сверхъестественными силами, например, способностью видеть без помощи глаз или распознавать болезни сквозь кожу. Хотя эти и другие крайние заявления к середине XIX века были развенчаны, без сомнения они внесли свой вклад в мистику гипноза, сохранившуюся и по сей день.

Ранние клинические исследования очевидного успеха месмерических процедур по уменьшению боли при обширных оперативных вмешательствах до изобретения анестезии (до 1840-х годов) также

сформировали популярную идею, что гипноз вызывает мощную и таинственную силу (T. X. Barber, Spanos, & Chaves, 1974; Chaves, 1989; Spanos, 1986). Например, Джеймс Эсдейл использовал месмеризм для тысячи незначительных хирургических процедур и нескольких сотен крупных хирургических операций в Индии, в том числе для удаления больших мошоночных опухолей. Однако даже самые впечатляющие примеры хирургических подвигов начала XVII1 века с «месмеризированными» пациентами вполне сопоставимы с подобными операциями на бодрствующих, не загипнотизированных пациентах, показавших такое же необычное отсутствие реактивности к хирургической боли (Chaves, 1989, 2000; Chaves & Barber, 1976). Свой вклад в распространенный среди влиятельных медицинских кругов скептицизм по поводу безболезненной хирургии внесли многие люди, которые при наведенном гипнотическом обезболивании проявляли невербальные признаки испытываемой боли (например, морщились) (Chaves, 2000).

Джеймс Брейд

К началу XIX столетия репутация гипноза нуждалась в реабилитации. Основная заслуга в профессиональном воскрешении феномена гипноза принадлежит шотландскому врачу XIX века, Джеймсу Брейду. Первоначально будучи скептиком, Брейд был впечатлен сценической демонстрацией гипноза, где участника магнетизировали с помощью сверкающего предмета, на который он должен был неотрывно смотреть. Брейд отклонил флюидическую теорию магнетизма и вместо этого выдвинул гипотезу, что поведение магнетизированных участников — это результат нервного торможения, которое распространяется от глаз (утомленных от смотрения) назад к мозгу и вызывает состояние, родственное сну. Брейд (Braid, 1843) назвал это явление *нейрогипнозом («гипнос» в переводе с латинского означает «сон» — прим, пер.),* и сокращенный термин *гипноз* постепенно заменил собой термин *магнетизм.*

По мере того как Брейд становился опытнее, он понял, что поведение людей под гипнозом сильно зависит от тех идей и ожиданий, которые передаются им гипнотизером. Брейд модифицировал свою изначальную теорию нервного торможения и разработал концепцию моноидеизма. Моноидеизм был основан на идее идеомоторного действия. Согласно этому представлению, яркие идеи или образы, кото-

рые не опровергаются мнением субъекта, автоматически ведут его к соответствующему действию. Таким образом, если человек живо представит себе, что его или ее рука легкая и поднимается в воздух, и этому яркому образу не противоречат другие мысли, этот яркий образ приведет к тому, что рука автоматически поднимется.

Ранние идеи Брейда о нейрогипнозе сильно повлияли на известного французского невролога Жана Мартена Шарко. К сожалению, на Шарко не повлияло более позднее представление Брейда о моноидеизме или то особое значение, которое Брейд придавал ожиданиям гипнотизера, влияющим на реакции испытуемых. Шарко, изучая пациентов с диагнозом истерия, пришел к убеждению, что и гипноз, и истерия отражают неврологическую слабость. Из этого следовало, что только пациенты с истерией могли быть загипнотизированы.

Ранние противоречия

Шарко выделял три стадии гипноза: летаргию, каталепсию и сомнамбулизм. Каждая вызывалась с помощью соответствующей процедуры наведения, и каждая была связана с однозначными и инвариантными симптомами поведения. Летаргия вызывалась фиксацией глаз и вызывала подобное сну состояние, в котором человек не реагировал на стимулы. Каталепсия вызывалась воздействием внезапного интенсивного стимула (например, яркого света или удара восточного гонга) и сопровождалась восковой гибкостью. Сомнамбулизм, самая трудная из этих трех стадий, вызывался надавливанием на голову. Шарко считал, что только в таком состоянии пациенты были в состоянии слышать, говорить и реагировать на внушение. Все три стадии проявлялись только при самых сильных истерических расстройствах, а их наличие рассматривалось как симптом физической патологии.

Изначально полагая, что истерия является результатом физической травмы мозга, Шарко (1889) экспериментировал с гипнозом, и эти опыты привели его к гипотезе, что существует также динамическая форма истерии, являющаяся результатом диссоциации. Согласно этой гипотезе, психологическая травма у неврологически восприимчивых людей могла вызывать гипноидальное (подобное гипнозу) состояние, во время которого они могли сами себе внушать конверсионные симптомы. Они не могли знать, что

обязаны своими симптомами самовнушению, поскольку эти идеи были отделены от остальной части сознания. Шарко подтверждает свою гипотезу, основываясь на возможности вызвать через постгипнотическое внушение конверсионные симптомы у пациента, который ничего не помнит о сделанном внушении. Теорию диссоциации в дальнейшем развивали два ученика Шарко, Пьер Жане (1889/1973) и Альфред Вине (1892). Однако самое большое влияние эта теория оказала на Зигмунда Фрейда (1915/1961), чья теория динамического бессознательного как источника психопатологии была результатом его вдохновения от демонстраций Шарко. Однако психоаналитическая теория Фрейда, наряду с экспериментальными исследованиями, оказала слабую поддержку идее, что потоки сознания могут функционировать независимо, при малом или при отсутствии всякого вмешательства (см. Kirsch & Lynn, 1998). Эти разработки, наряду с расцветом бихевиоризма, сообща затмили теорию диссоциации, пока в 1970-х годах ее не возродил Эрнест Хилгард — событие, которое мы рассмотрим в следующей главе.

Брейдовское преобразование месмеризма в гипноз повлияло также на врача Огюста Льебо и его коллегу, профессора медицины, Ипполита Бернгейма, уроженцев французского города Нанси. Согласно Бернгейму (1886/1887), гипнотическое поведение является результатом внушения, и его возникновение не является результатом физической или психологической ненормальности. Он отметил, что люди различаются по степени своей внушаемости и предположил, что внушения производят свои эффекты, заставляя участников развивать соответствующие идеи, которые через идеомоторные действия ведут к гипнотическому поведению. Бернгейм отклонил представления Шарко о том, что гипноз связан с истерией и что степени гипноза связаны с инвариантными симптомами поведения. Вместо этого Бернгейм утверждал, что Шарко по неосторожности внушил своим истеричным пациентам то самое поведение, которое сам ошибочно принял за автоматический результат гипноза. Это разногласие привело к интенсивным, но недолгим дебатам между Шарко и Нансийской школой (Льебо и Бернгейм), в результате чего теория Шарко была полностью отклонена. Концепция гипноза Бернгейма стала доминирующей основой для теории, исследований и практики гипноза в XX веке.

XX век

Фрейд в течение недолгого времени учился и у Шарко, и у Бернгейма, и гипноз являлся заметной составляющей его ранней терапевтической работы. Позже он отказался от использования гипнотических процедур в терапии, и его отказ от использования гипноза оттеснил гипноз на задний план медицины и психологии на большую часть первой половины XX века, за исключением известных работ Кларка Халла (Hull, 1933) и П. Янга (P. Young, 1926), чьи систематические экспериментальные исследования сделали важный вклад в развитие гипноза.

Один из учеников Кларка Халла, Милтон Эриксон, стал очень влиятельным клиническим новатором и практиком гипноза. Некоторые из эрисоновских идей о природе гипноза были опровергнуты последующими данными (напр., Green et al., 1990; Orne, 1959; J. Young & Cooper, 1972). Однако многие из его инновационных техник (например, рефрейминг, парадоксальные вмешательства) основаны на исследованиях клинической, когнитивной и социальной психологии (напр., Lynn & Hallquist, 2004; Sherman & Lynn, 1990). Всплеск интереса к эриксоновским техникам (см. Matthews, Lankton, & Lankton, 1993) сыграл свою роль в возрождении исторического очарования гипноза, как превосходящей методологии - по его чрезвычайному значению для терапевтического вмешательства.

Развитию гипноза способствовало появление организованных и имеющих большое влияние гипнотических обществ и групп по интересам, пополнивших учебный и клинический репертуар многих людей целой гаммы профессий, включая социальных работников и стоматологов. Тщательный подбор гипнотических методов в направлении кратких когнитивно-поведенческих, стратегических и проблемно-ориентированных вмешательств, утонченные экспериментальные исследования гипнотических феноменов, споры об использовании гипноза для восстановления памяти и при лечении диссоциативных расстройств и появление движения «психология здоровья» — все это продвинуло гипноз в основное русло клинической психологии, где он пребывает и сегодня (см. Lynn & Fite, 1998).

2

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕОРИИ И ИССЛЕДОВАНИЯ

Более сорока лет назад Сатклифф (Sutcliffe, 1960) отмечал, что разные философские школы гипноза допускают совершенно различные предположения, адаптируют разные методологии и принимают различные факты в качестве допустимых доказательств. Это наблюдение остается в силе и сегодня. Конкурирующие модели, соперничающие за внимание и эмпирические доказательства своей эффективности, стимулировали развитие энергичных исследовательских программ, внесших неоценимый вклад в современное понимание гипноза. В этой главе мы рассматриваем влиятельные точки зрения на гипноз. Наше обсуждение предоставляет концептуальную и эмпирическую основу для тех стратегий и тактик клинической практики, которые мы описываем в остальных частях книги.

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ И ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ РЕГРЕССИЯ

Психоаналитическая теория формулирует обширную и связную модель функционирования человека относительно того, «чем гипноз является и чем не является» (Нэш, 1997, с. 291). Хотя Фрейд был впечатлен явной покорностью определенных загипнотизированных участников и уподоблял гипноз влюбленности, нет никаких доказательств в пользу того, что гипноз создает эротические или сексуальные отношения между терапевтом и пациентом. Такое положение дел заставило современных психоаналитических теоретиков (Baker, 1981, 1987; Fromm, 1979; Fromm & Nash, 1997; Gill &

Brenman, 1959; Nash, 1991) уделять меньшее внимание сексуальным и агрессивным инстинктам по сравнению с традиционными психоаналитиками и, соответственно, больше подчеркивать наличие воображения, фантазии и других выражений первичного процесса мышления во время гипноза.

На основе обзора более ста исследований гипнотической возрастной регрессии Нэш (1987) заключил, что гипноз не позволяет участникам буквально и заново испытывать события детства или действовать по-детски искренне. Нэш (1991) скорее придерживается того мнения, что гипноз порождает топографическую регрессию, определенными свойствами схожую с феноменом возрастной регрессии. Эти свойства включают увеличение материала первичного процесса, более спонтанные и интенсивные эмоции, необычные телесные ощущения, непроизвольный опыт и тенденции к перенесению основных характерных черт значимых людей на гипнотизера (напр., перенос).

Многие участники действительно сообщают о необычных перцептивных и телесных ощущениях во время и после гипноза. Однако исследования показывают, что сообщения загипнотизированных испытуемых не отличимы от сообщений испытуемых, принимавших участие в разнообразных тестовых испытаниях без гипноза, которые включали в себя закрывание глаз, расслабление, воображение предлагаемых событий и сосредоточение на тех же частях тела, что и при гипнотических внушениях (см. Coe & Ryken, 1979; Lynn, Brentar, Carlson, Kurzhals, & Green, 1992). Очевидно, что изменение телесных ощущений под гипнозом ни в коем случае не является ни уникальным, ни специфическим.

Поддержка психоаналитических концепций пришла совсем с другой стороны. Несколько исследований (см. Mare, Lynn, Kvaal, Segal, & Sivec, 1994) согласуются с предположением, что гипноз усиливает первичный процесс мышления. Тем не менее неясно, относится ли усиление первичного процесса во время гипноза к внушениям на закрывание глаз, на расслабление и направление внимания на образы или же оно относится к уникальным характеристикам самого гипноза. Исследования, документально подтверждающие роль бессознательных влияний на гипнотические реакции (Frauman, Lynn, Hardaway, & Molteni, 1984), на ощущение безволия во время гипноза (см. Lynn, Rhue, & Weekes, 1990), на важность

раппорта (см. Lynn et al, 1991; Sheehan, 1991) и на связь с гипнотизером (Nash & Spinier, 1989) — тоже в основном поддерживают теорию Нэша. Хотя данные, полученные в этих исследованиях, можно объяснить и не в психоаналитических терминах, все же они подчеркивают эвристическую ценность психоаналитической теории.

НЕОДИССОЦИАТИВНЫЕ ТЕОРИИ

После длинной паузы в интересе к диссоциации Е.Р. Хилгард (1977) издал важную книгу, которая оживила это понятие, предложив неодиссоциативную теорию, основанную на современной когнитивной модели разделения сознания. Согласно неодиссоциативной теории (Hilgard, 1977, 1986, 1994), множественные когнитивные системы или когнитивные структуры существуют в иерархической соподчиненности и находятся в некоторой степени под контролем исполнительного эго. Исполнительное эго, или центральная управляющая структура, ответственно за планирование и мониторинг функций индивидуальности. Во время гипноза соответствующие подсистемы управления временно отключаются от сознательного исполнительного управления и вместо этого напрямую активизируются внушениями гипнотизера. Такое отсутствие сознательного управления в значительной степени зависит от амнестического барьера или процесса, который передает идеи, образы и фантазии в бессознательное. Снижение исполнительного управления, в свою очередь, ответственно за субъективное впечатление безволия, которое типично сопровождает гипнотические реакции.

Эмпирические корни неодиссоциативной теории восходят к метафоре скрытого наблюдателя, введенной Хилгард ом для описания феномена, с помощью которого человек регистрирует и хранит информацию в памяти, не осознавая, что эта информация была обработана. Хилгард совместно с коллегами в начальных исследованиях феномена скрытого наблюдателя использовал экспериментальное изучение боли и слуха. В типичном исследовании боли испытуемые с высокой степенью гипнабельности были в состоянии восстановить события или болезненные воспоминания, скрытые во время гипнотических внушений по обезболиванию, если им сообщали и о том, что у них есть скрытая часть (то есть скрытый наблюдатель) , которая может чувствовать сильную боль во время обезбо-

ливания, и что гипнотизер может связаться с этой частью с помощью заранее подготовленного сигнала. Исследования Хилгарда показали, что сообщения от скрытого наблюдателя могут проникать через гипнотическую слепоту, гипнотическую глухоту и позитивные галлюцинации (см. Hilgard, 1991). Например, во время контакта со скрытым наблюдателем последний может сообщить, что на самом деле он способен слышать после внушения гипнотической глухоты, в то время как «загипнотизированная часть» оказывается глухой к конкретному звуку.

Исследования скрытого наблюдателя и их интерпретация вызвали много споров. Например, Спанос и его коллеги показали, что поведение скрытого наблюдателя зависит от сигналов, которые используются в инструкции для выявления этого феномена. Согласно предварительным исследованиям, изменение инструкций приводило к тому, что скрытый наблюдатель мог сильнее или слабее испытывать боль, воспринимать вещи нормальным образом или совсем наоборот (см. Kirsch & Lynn, 1998; Spanos & Hewitt, 1980), что заставило Кирша и Линна (1998) назвать это явление *гибким наблюдателем.* В одном из исследований, фактически, было создано два скрытых наблюдателя: один — хранящий память об абстрактных словах, и другой — хранящий воспоминания о конкретных словах (Spanos, Radtke, & Bertrand, 1984). Согласно этой точке зрения, скрытый наблюдатель явно или неявно внушается гипнотизером. Поэтому можно считать, что это явление нисколько не отличается от любого другого внушенного гипнотического феномена, которым руководят ожидания участников и характеристики ситуативных требований. Поставленный вопрос, отражает ли скрытый наблюдатель действительное или ранее существующее разделение сознания, куда можно получить прямой доступ с помощью гипнотических внушений, или же он сам является продуктом внушения, продолжает стимулировать дальнейшие исследования и теоретические споры.

Килстром (1992,1998a, 1998b, 2003) приписывает неодиссоциативной точке зрения подтверждение присутствия общих диссоциаций при гипнозе, возникающих между явными и неявными воспоминаниями — при постгипнотической амнезии, постгипнотических внушениях, отрицательных галлюцинациях и гипнотическом обезболивании. Килстром расширил неодиссоциативную теорию в интересных направлениях, которые объединяют понятия современ-

ной когнитивной психологии, включая модели памяти и различия между процедурным и декларативным знанием.

Бауэрс и Вуди с коллегами (Bowers & Davidson, 1991; Farvolden & Woody, 2004; Miller & Bowers, 1993; Woody & Bowers, 1994; Woody & Farvolden, 1998; Woody & Sadler, 1998) выдвинули *гипотезу диссоциативного управления* в качестве альтернативы неодиссоциативной модели гипноза Хил гарда. Теория диссоциативного управления отвергает амнезию как основополагающую для диссоциации. Вместо этого они считают, что гипноз вызывает прямую и автоматическую активацию подсистем управления за счет внушений гипнотизера и ослабления функций лобных долей мозга, ответственных за инициирование и контроль поведения. Как и было предсказано теорией диссоциативного управления, Фарволден и Вуди (2004) обнаружили, что у людей с высокой гипнабельностью при решении задач, чувствительных к функциям лобных долей мозга (например, исходная амнезия, свободное воспоминание, превентивное вмешательство), возникало больше трудностей, чем у людей с низкой гипнабельностью (см. также Kallio, Revonsuo, Hamalainen, Markela, & Gruzelier, 2001). Интересно отметить, что участники с высокой и низкой гипнабельностью не отличались по своим ответам на задачи, которые не были чувствительны к функционированию лобных долей мозга. Однако различия между людьми с высокой и низкой гипнабельностью обнаруживались в негипнотических условиях так же, как и в гипнотическом контексте. Эти данные подразумевают, что гипноз по существу не вызывает отклонений в функциях лобных долей мозга, как и было предсказано в соответствии с гипотезой диссоциативного управления. Несмотря на противоречия, неодиссоциативная теория является одной из доминирующих современных точек зрения на гипноз и продолжает вдохновлять большое количество исследователей и давать обоснование многим клиническим работам (см. Kihlstrom, 2003).

СОЦИОКОГНИТИВНАЯ ТОЧКА ЗРЕНИЯ

Социокогнитивная точка зрения отклоняет диссоциацию как объяснительный механизм и бросает вызов многим широко распространенным представлениям о гипнозе. Социокогнитивные теоретики гипноза утверждают, что гипнотическое поведение — это

социальное поведение, которое можно объяснить, не прибегая к помощи каких-либо специфических процессов или уникальных для гипноза механизмов. Скорее ожидания самих участников, их установки, представления и убеждения относительно гипноза, так же как их интерпретации внушений, являются решающими для понимания гипнотического ответа.

Теория Сарбина и Коу

Социокогнитивная точка зрения восходит ко времени нападок на концепцию гипноза как на измененное состояние сознания. В 1950 году Теодор Сарбин бросил вызов традиционному представлению о гипнозе как об измененом состоянии. Сарбин (1950) утверждал, что гипноз можно концептуализировать как *веру в воображаемое,* и разрабатывал ролевую теорию гипноза, которая в значительной степени опиралась на метафору роли, проводя параллели между гипнотическим взаимодействием и миниатюрной драмой, в которой и гипнотизер, и субъект предписывают друг другу взаимные роли, чтобы следовать негласному сценарию (Сарбин, 1997). Сарбин и его коллега, Коу, разработали ролевую теорию (Сое & Sarbin, 1991; Sarbin, 1999; Sarbin & Сое, 1972) и провели исследование, которое подчеркнуло важность (а) знания участниками того, что требуется в гипнотической ситуации; (Ь) восприятия, ожиданий и навыков воображения, связанных с самим собой и с ролью; и (с) особенностей ситуативных требований, указывающих способ, которым предписывается роль.

Позже Коу и Сарбин (1991) использовали понятия самообмана, тайны, метафоры и нарратива (рассказ, повествование — *прим, пер.),* чтобы расширить ролевую теорию. Нарративная психология считает, что действия человека и его самовосприятие имеют свою историю (которую можно *перерассказать* заново — *прим. ред.).* Нарративная, или драматургическая модель Коу и Сарбина подчеркивает мотивированную, активную и конструктивную природу гипнотического опыта и действия. Через введение пациента в роль гипнотического субъекта за счет обучения и рассеивания его неправильных представлений о гипнозе, через убеждение пациента в тоим, что его рассказ о себе согласуется с меняющимися требованиями гипнотической роли и терапевтическими целями, и через отслеживание связанных с ролью поступков пациента, переживаний и ожиданий во время

гипнотических сеансов терапевт может задействовать образные способности пациента, чтобы достичь терапевтических целей.

Модель Теодора Барбера

Теодор Барбер находился под влиянием рассуждений Сарбина и критиковал концепцию «гипноз как состояние» за ее логическую циркулярность (то есть гипнотическая восприимчивость может и указывать на существование гипнотического состояния, и объясняться им). В целом ряде исследований Барбера и его коллег 1960-х (T. X. Barber, 1969; T. X. Barber & Calverly, 1964) и начала 1970-х годов (T. X. Barber, Spanos, & Chaves, 1974) было показано, что установки, ожидания и мотивация — это влияющие на гипнотический ответ детерминанты. Более того, незагипнотизированные испытуемые с высокой мотивацией и испытуемые под гипнозом были сравнительно восприимчивы к внушениям. Поэтому клиницистам нет нужны убеждаться, что их пациенты находятся в трансе, прежде, чем делать значимые терапевтические внушения (Lynn & Sherman, 2000).

Барбер (1985) особенно настаивал на том, что гипноз может улучшать терапевтические результаты за счет: (а) создания положительной мотивации к лечению и ожиданий, которые служат самореализующимися пророчествами; (Ь) использования убеждения пациентов в том, что врачи, применяющие гипноз, более высоко квалифицированы, лучше обучены и осведомлены; и (с) позволения терапевту говорить с пациентом очень личным и значимым образом, который обычно невозможен при двусторонней беседе.

Согласно Барберу (1985), многие внушения (например, на расслабление, на образное представление), обычно использующиеся в клинической практике, не требуют специальных гипнотических способностей. На самом деле терапевтические внушения могут быть адресованы многим пациентам, независимо от их формального уровня гипнотической внушаемости. Исследование показывает, что даже низкогипнабельные люди могут извлечь пользу из гипнотических вмешательств и что внушаемость — это не очень хороший прогностический фактор терапевтического успеха (Kirsch, 1994b; Lynn & Sherman, 2000).

Барбер (1999) выдвинул интригующую гипотезу, что люди различаются по своему стилю гипнотического ответа на гипнотические внушения. Принимая во внимание, что значительное большинство

людей дает гипнотический ответ главным образом в терминах характеристик ситуативных требований, как предсказано социокогнитивной теорией, Барбер утверждал, что намного меньший процент людей реагирует на гипноз, потому что они образно (Wilson & Barber, 1981,1983) или диссоциативно (например, наступление спонтанной амнезии) вовлечены в суггестию. Последнее утверждение Барбера таким образом можно рассматривать как «осторожную интеграцию» социокогнитивных и диссоциативных объяснений гипнотических ответов (Farvolden & Woody, 2004, p. 21).

Модель Спаноса и его коллег

Обширная программа исследований Спаноса с коллегами (Spanos, 1986,1991; Spanos&Chaves, 1989) была сфокусирована на важности социально-психологических процессов (например, ожиданий, приписываемых значений и интерпретаций гипнотических взаимодействий и собственного поведения) и важности целенаправленной активности и *стратегического* ответа (например, образы, фантазии, распределение внимания) на внушения при проведении гипнотических внушений в лаборатории и при облегчении боли в условиях стоматологического и терапевтического лечения (Chaves, 1997b, 2000).

Внушения часто содержат стратегии, способствующие соответствующему ответу (T. X. Barber et al., 1974; Spanos & Barber, 1974; Spanos, Cobb, & Gorassini, 1985; see also Wagstaff, 1991, 1998). Посмотрите, как *формулировка* внушения может способствовать смыслу, что реакции возникают ненамеренно или случайно, а не в результате размышлений и преднамеренных действий. Чтобы способствовать левитации руки, терапевт мог бы произнести нараспев (интонировать): « Ваша рука становится легче и легче; она поднимется сама собой». Отметьте, что такое внушение подразумевает, что рука будет подниматься непреднамеренно. Спанос (1971) выдвинул гипотезу, что испытуемые воспринимают свой ответ на внушение как непреднамеренный, когда они поглощены паттерном воображения, который он назвал *целенаправленными фантазиями* (ЦНФ). ЦНФ — «это воображаемые ситуации, которые, если бы они произошли на самом деле, привели бы, как и ожидалось, к непроизвольному возникновению двигательной реакции, вызванной внушением» (Spanos, Rivers, & Ross, 1977, p. 211). Например, люди под влиянием

внушения левитации руки показали бы ЦНФ, если бы представили в воображении воздушный шар с гелием, поднимающий их руку вверх, или баскетбольный мяч, который раздувается у них под рукой (Lynn & Sherman, 2000).

Отчеты о ЦНФ фактически связаны с чувством непроизвольности, сопровождающим ответ на специфическое внушение. Однако ЦНФ не определяет, сколько тестовых внушений человек выполнит успешно (см. Lynn & Sivec, 1992). Но почему это так? Некоторые пациенты полностью поглощены образами, и все же они пассивно ждут, когда рука поднимется в ответ на внушение левитации. Подобный тип реагирования фактически гарантирует провал. И напротив, когда пациенты понимают, что важно поднять свою руку, они более вероятно примут внушение. Короче говоря, от того, как пациенты интерпретируют внушения, зависит то, как они на них ответят.

Спанос спорил с общепринятым мнением, что гипнотическая чувствительность ограничена и может изменяться только в узких пределах. Он утверждал, что социально-психологические процессы могут объяснить кажущуюся стабильность внушаемости. Так, исследование (Piccione, Hilgard, & Zimbardo, 1989) с 25-летним периодом последующего наблюдения сообщает о 0,71 тест-ретест корреляции, подтверждая стабильность внушаемости. Однако, согласно Спаносу, эта стабильность отражает не что иное, как установки и представления о гипнозе, а так же интерпретации гипнотических внушений, которые остаются устойчивыми в течение долгого времени.

Спанос и его коллеги (см. Gfeller, 1993; Gorassini & Spanos, 1986) разработали программу модификации гипнотической внушаемости, основанную *на социальном научении и когнитивных навыках.* Эта программа дает плохо поддающимся внушению испытуемым информацию, которая специально разработана для того, чтобы изменить их отношение к гипнозу, сильнее вовлечь их в связанные с внушением воображаемые образы и интерпретировать гипнотические взаимодействия в соответствии с проводимыми гипнотическими внушениями (Gorassini & Spanos, 1999). Исследования показали, что приблизительно половина испытуемых, которые были отобраны для исследования как низкогипнабельные, после того, как они прошли тренинг, по набранным при тестировании баллам перешли в верхний диапазон гипнотической чувствительности. Эти впечатляющие результаты были воспроизведены в других лабораториях (см. Gorassini

& Spanos, 1999), а результаты тренинга были использованы во множестве сложных тестовых внушений и ситуаций тестирования.

Теория *ожидания* реакции Кирша

Фактически все школы психотерапии признают важность поддержания позитивных ожиданий как способа максимизировать терапевтическую пользу (см. Kirsch, 1991; Lynn & Garske, 1985; Lynn & Sherman, 2000). Кирш (1994b) утверждал, что, подобно плацебо, гипноз вызывает терапевтический эффект с помощью изменения ожиданий пациента. Но в отличие от плацебо гипнозу не нужен обман, чтобы быть эффективным. Теория *ожидания* реакции Кирша (см. Kirsch, 1985, 1991, 1994b) — это расширение социальной теории научения Роттера, основанной на идее, что ожидание может вызывать невольный ответ. Исследование Кирша показало, что широкий спектр гипнотических реакций меняется в зависимости от убеждений и ожиданий людей относительно их возникновения. Фактически, — ожидание, наряду со способностью испытывать внушения наяву (Braffman & Kirsch, 1999), является одним из немногих устойчивых коррелятов гипнотической внушаемости (Kirsch & Lynn, 1995). Интересно отметить, что ожидание остается значимым прогностическим фактором гипнотической реакции даже при контрольном сравнении с внушением наяву (Braffman & Kirsch, 1999; Kirsch, Silva, Comey, & Reed, 1995). Короче говоря, гипнотический ответ рассматривается как негипнотический, что подтверждается повышенной готовностью испытуемых к ответу из-за усиленной мотивации и позитивных ожиданий, связанных с гипнозом. Хорошее образное представление внушений, вероятно, вызывает у пациента доверие к его усилиям, направленным на ответ, и укрепляет ожидания ответа, в то время как раппорт с гипнотерапевтом питает мотивацию, чтобы пациент реагировал в соответствии с ситуативными требованиями и сигналами. В третьей главе мы подробно обсуждаем роль ожиданий и утверждаем, что клиницисты должны использовать эффект ожиданий, вместо того чтобы избегать его.

Интегративная модель Линна

Согласно Линну и его коллегам (например, Lynn & Sivec, 1992), люди, хорошо реагирующие на гипнотическое воздействие, действу-

ют подобно специалистам, занимающимся творческим решением проблем, ищущим и интегрирующим информацию из множества ситуативных, личных и межличностных источников. Исследование в лаборатории Линна документально подтвердило важность: эмоциональных, межличностных факторов и факторов раппорта (Frauman & Lynn, 1985; Lynn et al., 1991); набора вариантов ответа и ожиданий (Lynn, Nash, Rhue, Frauman, & Sweeney, 1984); критериев или стандартов деятельности, на основании которых участники судят об успешности или неуспешности своего ответа на гипноз (Lynn, Green, Jacquith, & Gasior, 2003); того, как гипнотические взаимодействия, ощущения и действия перерабатываются и интерпретируются (Lynn, Snodgrass, Rhue, Nash, & Frauman, 1987); динамических и временами бессознательных мотивов и фантазий, которые вступают в игру во время гипноза (Frauman et al., 1984); и особенностей гипнотического контекста, которые препятствуют пониманию и анализу личных и ситуативных факторов, влияющих на гипнотическое поведение (см. Lynn etal., 1990).

Теория наборов реакций

Теория наборов реакций (Kirsch & Lynn, 1998, 1999; Lynn, 1997) концентрируется на том наблюдении, что большая часть человеческой деятельности выглядит незапланированной и автоматической (например, воспроизведение букв при письме). Теория делает радикальное предположение, что все действия, привычные или новые, запланированные или незапланированные, гипнотические или иные, в момент активации инициируются автоматически, а вовсе не сознательным намерением.

Наборы реакций подготавливают действия к автоматической активации. Наборы реакций включают в себя намерения и ожидания. И то и другое является временным состоянием готовности реагировать определенным образом на определенные стимулы при определенных обстоятельствах. Ожидания и намерения отличаются друг от друга только приписыванием ожидаемому действию произвольности, что делает сам участник (Kirsch, 1985, 1990); то есть люди, намереваясь сделать нечто, расценивают это как произвольное поведение (например, остановиться у знака «стоп»), но они ожидают появления автоматического поведения, типа проявления непроизвольных слез на свадьбе или реакции на гипнотическое внушение. В случае с

гипнозом, высокогипнабельный человек ожидал бы, что он превосходно отреагирует (то есть ответит определенным образом), следуя гипнотической индукции (то есть определенным стимулам) в ситуации, определенной как гипноз (то есть при определенных обстоятельствах). Ожидания реакций — это предвосхищение автоматических субъективных и поведенческих реакций в ответ на определенные ситуативные сигналы, и они выявляют автоматичекие реакции в форме самореализующихся пророчеств. Короче говоря, люди получают то, чего ожидают. В случае гипноза, если люди ждут, что они будут восприимчивы к нему, то так оно и будет. Люди воспринимают свои реакции на гипноз как непреднамеренные не только потому, что их действия вызываются автоматически, так же как в случае с привычными бытовыми действиями, но также и из-за господствующего культурного представления о том, что гипнотические ответы не являются самоинициированными. Внушенные реакции скорее воспринимаются в качестве побочных продуктов транса или особого измененного состояния сознания, которое объясняет их кажущийся ненамеренный, автоматический характер.

Кирш и Л инн утверждают, что, хотя гипнотические реакции запускаются автоматически, чтобы их вызвать, одного внушения недостаточно. Вместо этого внушенным физическим движениям предшествуют измененные субъективные переживания (Lynn, 1997; Silva & Kirsch, 1992). Ожидание левитации руки, например, заключается в том, что рука поднимается сама по себе. Все же, чтобы запустить поднимающее движение, должно присутствовать достаточно убедительное ощущение легкости. Таким образом, субъективные переживания играют важную роль в этой теории гипноза.

ВОПРОСЫ СОГЛАСИЯ

Некоторые ученые (напр., D. Spiegel, 1998) заявляют, что социокогнитивные теоретики сводят ответ на гипнотическое внушение к простому согласию с внушением. Однако это — неверное представление о социокогнитивной позиции. Хотя намеренное согласие, приятное терапевту или исследователю, может сыграть некоторую роль в гипнотическом ответе (Sarbin, 1989; Spanos, 1991; Wagstaff, 1991), большинство загипнотизированных людей не притворяются и не просто подчиняются внушениям. В отличие от людей, ко-

торых попросили притвориться загипнотизированными (то есть симулировать), высоковнушаемые участники эксперимента продолжали реагировать на внушение и тогда, когда считали, что они одни (Kirsch, Silva, Carone, Johnston, & Simon, 1989; Spanos, Burgess, Roncon, Wallace-Capretta, & Cross, 1993).

Социокогнитивные модели гипноза критиковали за преувеличивание степени, в которой гипнотическое поведение является стратегическим, целенаправленным и произвольным. Перри и Лоуренс (1986), например, утверждали, что целенаправленность и непроизвольность могут сосуществовать в гипнозе. Нэш (1997) в свою очередь предположил, что социокогнитивные теоретики переоценивают активность действий, не учитывая бессознательные влияния на поведение, хотя эту критику нельзя в равной мере отнести ко всем социокогнитивным теоретикам (например, Lynn& Rhue, 1991a). Бауэрс и Дэвидсон (1991) в дальнейшем заявили, что ответы на внушения типа обезболивания (Miller & Bowers, 1986) могут включать непрямонаправленные действия (напр., связанная с внушением фантазия, вроде представления, что кисть и рука сделаны из резины, следующая за внушением на обезболивание) — это указывает, что такие паттерны активности образа более ограничены в своей способности объяснять переживание непроизвольности ответов на внушение, чем полагают некоторые социокогнитивные теоретики. И наконец, социокогнитивные теоретики считают—даже при том, что ожидания, мотивация и восприимчивость к внушению наяву, например, в значительной степени объясняют изменчивость реакций на гипнотические внушения, в целом эти переменные не могут объяснить индивидуальных различий в гипнотической внушаемости (Braffman & Kirsch, 1999; Kirsch, 1991; Kirsch & Lynn, 1998).

ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЕ-ИНТЕРАКТИВНЫЕ ТЕОРИИ

Феноменологические-интерактивные теории делают особый акцент на понимании гипнотического опыта и на взаимодействии множественных переменных во время гипноза (Lynn & Rhue, 1991a). Конечно, социокогнитивные теории тоже придают большое значение потенциальному взаимодействию множественных детерминант гипнотической внушаемости. Однако феноменологические-интерактивные теоретики по сравнению с социокогнитивными больше

сосредоточены на различиях между гипнотическим поведением, бодрствующим поведением и когнитивной активностью.

Модель Орна

В конце 1950-х годов Орн (1959) подчеркнул важность понимания субъективных переживаний и тонких когнитивных изменений загипнотизированных участников. Хотя он никогда не отвергал концепцию гипнотического состояния, Орн утверждал, что испытуемые активно вовлекаются в интерпретацию и реагирование на социальные требования гипнотической ситуации. Орн (1979) изобрел симулятивно-управляющую методологию, которая, как он первоначально верил, позволит отделить тонкие когнитивные характеристики, составляющие сущность гипноза, от того, что он называл поведенческими артефактами, возникающими в ответ на социальные требования. Орн утверждал, что, если люди с низкой гипнабельностью, которых специально проинструктировали сыграть роль загипнотизированных (*симуляторы*), не смогут подражать специфическому ответу на внушение, возникающему у высокогипнабельных участников (*реально* загипнотизированные), то этот ответ является потенциальным индикатором подлинности гипнотической реакции, раскрывающим уникальные особенности гипноза.

Линн, Мартин и Халлквист (2004) рассмотрели 12 показателей, проверенных с помощью реально-симулятивной методологии. Подразумевалось, что каждый показатель характеризует важные особенности или характеристики загипнотизированных участников (например, буквальный ответ на вопросы, ощущение безволия, мера эмоций, взрослый почерк во время возрастной регрессии). До настоящего времени отличительные особенности или характеристики гипноза оказывались неуловимыми. Многие исследования показали, что симулирующие участники успешно подражают ответам загипнотизированных людей. В других исследованиях участники, которые не были загипнотизированы, но которых попросили нечто вообразить или просто мотивировали делать все как можно лучше, реагировали сопоставимо *с реально загипнотизированными людьми,* теми, кто получил традиционное гипнотическое наведение.

Исследование с использованием реально-симулятивного подхода привлекло внимание к проникающему влиянию особенностей социальных требований и их потенциальной роли в объяснении ши-

рокого диапазона гипнотических феноменов. Тем не менее, уреально-симулятивных исследований есть потенциал для того, чтобы обнаружить тонкие когнитивные и эмпирические различия между загипнотизированными и незагипнотизированными участниками.

Контекстная модель Шихана

Контекстная модель Шихана (1991) выдвигает на передний план интерактивные реципрокные отношения между активным организмом и активным контекстом, тонкое изменение чувствительности к внушениям, существующее среди высокогипнабельных испытуемых. Исследование Шихана также установило релевантность гипнотического раппорта диапазону гипнотических феноменов (например, гипнотических снов, гипнотически созданных воспоминаний). Шихан заявил, что во время гипноза высокогипнабельные испытуемые показывают поразительно *мотивированное когнитивное обязательство* найти способы ответить на внушения, причем эти способы не были очевидными, пока участников не загипнотизировали.

Модель Мак-Конки

Согласно Мак-Конки (1991), чтобы понять существенную изменчивость, которая служит типичным образцом гипнотической реакции участников, необходимо исследовать значение, которое для них имеет взаимодействие с гипнотизером, идиосинкретические способы, которыми они когнитивно перерабатывают внушения, и те внутрииндивидуальные различия, которые могут встретиться в процессе ответа на внушения. Исследование Мак-Конки подтвердило гипотезу, что высокая внушаемость отражает способность обрабатывать информацию — которая одновременно и согласуется, и не согласуется с внушаемым событием — таким образом, который способствует уверенности в реальности этого события. Модели Шихана и Мак-Конки связаны с другими моделями гипнотического взаимодействия (Banyai, 1991; Labelle, Dixon, & Laurence, 1996; Laurence, 1997; Nadon, Laurence, & Perry, 1991), которые рассматривают множественные, потенциально интерактивные детерминанты гипнотического ответа (например, личные, ситуативные переменные).

КЛИНИЧЕСКИЕ ВЫВОДЫ

До сих пор мы идентифицировали ряд важных клинических выводов из современных моделей гипноза. Несколько дополнительных примеров будут весьма поучительны. Психоаналитическая модель Нэша (1991) подразумевает, что клиницисты не должны удивляться, если во время гипноза проявятся материал первичного процесса, аффект или сильная и личная связь с клиницистом, но им следует опасаться доверять точности воспоминаний, всплывающих во время возрастной регрессии. В заключительной главе этой книги мы обсудим, как терапевты могут управлять появлением непредвиденных, неожиданных и временами неблагоприятных переживаний во время гипноза, и познакомим читателей с протестами относительно использования гипноза с целью восстановления исторически точных воспоминаний. Мы рекомендуем читателям познакомиться с книгой Фромма и Нэша (1997) — с ее многочисленными иллюстрациями того, насколько искусно можно интегрировать гипноз в психоаналитически ориентированную психотерапию.

Многие клиницисты принимают принципы неодиссоциативной теории и работают с пациентами в терминах диссоциации. Привлекательность неодиссоциативной теории возможно является результатом того факта, что внушения для скрытых наблюдателей и им подобным приносят клиническую пользу, несмотря на то, что появление скрытого наблюдателя в терапии по всей вероятности представляет собой феномен внушения. Исследование указывает, что внушения для скрытых наблюдателей можно использовать для выявления информации, принадлежащей гипнотическим снам и переживаниям, во время возрастной регрессии (см. Lynn, Mare, Kvaal, Segal, & Sivec, 1994). Позже в этой книге мы объясним, как внушения для *внутреннего наблюдателя, внутреннего советника* и *нового-вы* можно продуктивно использовать в психотерапии. Однако мы рекомендуем сообщить пациентам о том, что феномен скрытого наблюдателя — это побочный продукт внушения, а вовсе не проявление подлинной постоянно присутствующей личности или части большей индивидуальности, его можно рассматривать как метафору или образное создание и им можно пользоваться, чтобы получить доступ и открыть канал к ценным личностным ресурсам (см. Lynn, 2000).

Вместе взятые, социокогнитивные и феноменологические интерактивные точки зрения подразумевают, что можно в значительной степени усилить гипнотическую внушаемость как в клинических условиях, так и в ситуации исследования (Gfeller, 1993), и что терапевтам стоило бы сделать следующее:

- Создайте позитивный раппорт и терапевтический альянс с пациентом.
- Проведите осторожную оценку и поймите мотивы пациента и повестку дня (то есть совокупность планов, намерений, пожеланий и ожиданий).
- Идентифицируйте личностные установки - что гипноз означает для пациента, включая конфликт и двойственное отношение к опыту гипноза.
- Рассейте мифы и неправильные представления о гипнозе и создайте позитивные ожидания от лечения и наборы ответов.
- Оцените поток сознания пациентов и их внутренний диалог во время гипноза.
- Помогите пациентам с интерпретацией различных внушений и поощряйте использование мягких критериев для проходящих внушений (например: «Не обязательно представлять себе то, что я внушаю, реалистично; даже слабый образ будет хорош»),
- Мотивируйте включение в гипноз и поощряйте пациента использовать воображение и уделять внимание тонким изменениям в ощущениях и реакциях.
- Изобретайте внушения и гипнотические взаимодействия, приспособленные к психодинамике пациентов, минимизируйте сопротивление и усиливайте воспринимаемое управление во время гипноза.

Многие, если не все из этих пунктов — признают важными психотерапевты различных взглядов. Клиницисты всех направлений согласны также с тем, что гипноз предоставляет терапевту огромную гибкость, расширяя границы его взаимодействия с пациентом (Yapko, 1993). То, что психотерапевт внушает, ограничивается только его креативностью. В мысленном взоре возможно фактически

все, и то, что можно себе представить, по крайней мере частично можно реализовать в действительности. В последующих главах мы подробно остановимся на темах, которых коснулись здесь; мы проиллюстрируем, как можно создавать позитивные терапевтические ожидания и наборы реакций, как их поддерживать и укреплять, чтобы максимизировать терапевтическую пользу; и дадим примеры того, как различные расстройства и состояния, с которыми клиницисты обычно сталкиваются на практике, можно вылечить с помощью эмпирически обоснованных принципов и методов.

3

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОГО ГИПНОЗА:

С ЧЕГО НАЧАТЬ?

Одно из самых удивительных открытий, сделанных исследователями гипноза, заключается в следующем — все, что можно испытать под гипнозом, можно испытать и без него (T.X. Barber, 1969; Hilgard, 1965). Это касается даже самых потрясающих гипнотических реакций, таких как позитивные и негативные галлюцинации. И наоборот, все, что можно сделать без гипноза, можно сделать и в условиях гипноза. Учитывая эти предпосылки, каким образом можно решить, стоит ли увеличивать вмешательство, устанавливая гипнотический контекст?

Некоторые пациенты сами обращаются за терапией в надежде получить гипноз или их направляют другие врачи, — и как только специалист приобретает репутацию гипнотерапевта, последнее начинает происходить все чаще. Такие пациенты почти всегда положительно относятся к гипнозу и испытывают позитивные ожидания, что делает их хорошими кандидатами на гипнотическое вмешательство. Опасность в подобных случаях состоит в том, что ожидания пациентов могут быть слишком позитивными. Они могут думать о гипнозе, как о мощной процедуре, которая будет за них работать, в то время как с их стороны потребуется лишь небольшое усилие. Конечно, такая установка — это провал, и гипнотическое лечение не должно начинаться без предварительного просвещения пациента относительно истинной природы гипноза.

И хотя некоторые пациенты обращаются к гипнотерапевту с просьбой провести гипноз, большинство из них приходит с просьбой о помощи из-за особого рода проблем, перед которыми они оказались, и они обращаются к терапевту, чтобы тот внушил им лечебные процедуры, которыми они будут пользоваться. Иногда терапевты делают вывод относительно того, подходят ли пациенты для гипнотического лечения, оценивая их гипнотическую внушаемость. Однако, как мы отметили в предыдущей главе, корреляция между внушаемостью и результатом терапии в лучшем случае достаточно скромная, вероятно потому, что большинство внушений, которые даются пациентам, неособенно трудны и могут быть приняты и выполнены большинством из них (Lynn, Kirsch, Barabasz, Cardena, & Patterson, 2000). Таким образом, многие люди, имеющие даже невысокий уровень внушаемости, могут получить значительную пользу от гипнотического лечения (Holroyd, 1996; Schoenberger, 2000), особенно пациенты с позитивными установками в отношении гипноза и те, для кого терапия с использованием гипноза заслуживает большего доверия. (В заключительной главе мы обсуждаем доводы «за» и «против» использования стандартизованных шкал гипнотической внушаемости.)

Возможно, лучший способ решить, использовать ли гипноз с конкретными пациентами, состоит в том, чтобы спросить об этом их самих. Разрешение пациентам выбирать между терапевтическими альтернативами улучшает результаты лечения (Devine & Fernald, 1973; Kanfer& Grimm, 1978). Майерс (Myers, 2000) обнаружил, что терапевты, которые навязывали свою позицию и точку зрения, отклоняя точки зрения и предпочтения своих пациентов, оценивались как менее сопереживающие по сравнению с терапевтами, уделявшими внимание к деталям позиции пациентов. Кроме того, мета-аналитические исследования эмпатии терапевта (Bohart, Elliott, Greenberg, & Watson, 2002; Cooley & LaJoy, 1980) показали, что уверенность пациентов в том, что их понимают, вносит вклад и в позитивный терапевтический результат, и в ощущение активного сотрудничества с терапевтом (Strupp, 1998). Поскольку типичное гипнотическое наведение фактически идентично обучению релаксации, различие между гипнотическим и негипнотическим лечением, возможно, является не более чем выбором ярлыка для терапии, но этот ярлык может внести существен-

ную разницу в терапевтические результаты, являясь функцией отношений, убеждений и ожиданий, с ним связанных (Kirsch, Silva, Сошеу, & Reed, 1995; Lazarus, 1973).

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОБЪЯСНЕНИЯ

Терапевтические объяснения важны, потому что они обеспечивают основу для ожиданий результата лечения. Исследование указывает, что идентичные процедуры лечения могут приводить к резко отличающимся результатам - в зависимости от понимания процедуры пациентами (напр., Southworth & Kirsch, 1988). Эффективный клиницист предоставит пациенту убедительное объяснение и затем удостоверится в том, что пациент его объяснение принял. Процесс объяснения можно существенно облегчить, если при формулировании учитывать опыт и мировоззрение пациента. Конкретное лечение можно объяснять по-разному, но пациент скорее всего примет то объяснение, которое совместимо с его собственными убеждениями. Чтобы помочь пациенту сделать осознанный выбор, гипнотерапевт должен удостовериться, что пациент кое-что знает о гипнозе и его эффектах. Терапевт может опираться на значительный объем знаний о гипнотических явлениях, накопленный в течение более чем полувека тщательных исследований.

Некоторые факты о гипнозе

Клиницисты могут опираться теперь на следующую, опытным путем полученную информацию, чтобы предоставить ее пациентам и двигаться с ними к принятию совместного решения, использовать ли гипноз (Lynn, Kirsch, Neufeld, & Rhue, 1996; Nash, 2001).

- Гипноз — это не опасная процедура, если она осуществляется компетентными клиницистами и исследователями (см. Lynn, Martin, & Frauman, 1996).
- Способность испытывать гипнотические явления не указывает на легковерие или слабость пациента (Barber, 1969).
- Гипноз — это не подобное сну состояние (Banyai, 1991).
- Большинство участников гипнотических экспериментов описывают свой опыт не как транс, а как сосредоточение внимания на внушаемых событиях (McConkey, 1986).

- Гипноз больше зависит от усилий и способностей субъекта, чем от навыков гипнотизера (Hilgard, 1965).
- На внушения можно реагировать с гипнозом или без гипноза, а функция формального наведения прежде всего состоит в том, чтобы немного усилить внушаемость (см. Т. X. Barber, 1969; Hilgard, 1965).
- Самые разнообразные гипнотические наведения могут быть эффективными (например, наведение, которое направлено на состояние готовности действовать, может быть столь же эффективым, как наведение, вызывающее физическое расслабление; Banyai, 1991).
- Прямые, традиционно сформулированные гипнотические техники оказываются столь же эффективными, как и разрешающие, с открытым концом, косвенные внушения (Lynn, Neufeld, & Mare, 1993).
- Любое поведение или переживание, возникающие в гипнозе, могут быть также вызваны с помощью внушений, которые даются без предшествующего гипнотического наведения (обзор см. Kirsch, 1997b).
- Во время гипноза участники сохраняют способность управлять своим поведением, отказываться реагировать на внушения и даже сопротивляться внушениям (см. Lynn, Rhue, & Weekes, 1990).
- Гипноз не увеличивает достоверности воспоминаний (Lynn, Lock, Myers, & Payne, 1997) и не способствует буквальному повторному переживанию событий детства (Nash, 1987).
- Спонтанная амнезия относительно редка (Simon & Salzberg, 1985). Ее можно предотвратить, если сообщить пациентам, что они смогут вспомнить все, что им будет комфортно вспомнить.

Помощь пациенту в выборе

Вооружившись этой информацией, терапевт может предоставить пациенту, который, например, хочет вылечиться от страха публичного выступления, следующий выбор:

> **Существуют две процедуры, которые мы можем использовать, чтобы помочь вам избавиться от страха. Одна из них — это**

гипноз. Вопреки тому, что вы узнали из кинофильмов и телешоу, гипноз не такой таинственный. Он просто обращает фокус вашего внимания внутрь себя, так, чтобы вы могли полностью использовать свои способности к воображению. Чтобы использовать гипноз, вам не надо входить ни в какой транс, и вы будете полностью управлять самим собой. Я расскажу вам о гипнозе гораздо больше, если мы решим его использовать. Мы могли бы использовать гипноз здесь в офисе, и я научил бы вас пользоваться самогипнозом дома. Я также научил бы вас использовать навыки самогипноза во время вашего реального выступления, которое вы планируете.

Другая возможность состоит в том, чтобы использовать процедуру десенсибилизации, которая включает в себя обучение расслаблению и мысленные образы. В любом случае, как только вы достигнете некоторого начального снижения уровня страха - или через гипноз, или через расслабление и образные упражнения — я попрошу вас начать применять полученные навыки в условиях обычной жизни. Мы начнем с относительно легких ситуаций и будем переходить к более трудным задачам, как только вы справитесь с более легкими.

Так вот, оба эти метода очень эффективны и на самом деле очень похожи друг на друга. Многие люди считают особенно полезным гипноз, и существуют доказательства того, что он может усиливать эффективность лечения, но некоторым людям неудобно быть загипнотизированными, и они предпочитают негипнотическое обучение расслаблению. Поскольку вы знаете себя намного лучше, чем я, вероятно вы лучше сможете рассудить, какой метод будет для вас лучшим. Что вы думаете об использовании гипноза?

Если у пациентов сильное предпочтение гипнотерапии или терапии без гипноза, их выбор нужно уважать. Поскольку результат терапии зависит, по крайней мере частично, от их ответных ожиданий, пациенты в целом - превосходные судьи того, что лучше всего на них подействует.

Однако многие пациенты не уверены, стоит ли использовать гипноз. Им хотелось бы самого эффективного лечения, но из-за неверных представлений, производных от вымышленных образов и вводящих в заблуждение выступлений эстрадных гипнотизеров, они опасаются гипноза. Когда дело обстоит так, нужно

предоставить пациенту дополнительную информацию о природе гипноза — подобную той, что описывается в следующей главе — до того, как пациент сделает выбор. Слегка негативные первичные установки пациента не должны помешать использованию гипноза. Хотя люди с очень сильным, негативным отношением к гипнозу, вероятно, выпадут излечения, если продолжать настаивать на его использовании. Большинство тех людей, которые еще не были под гипнотическим воздействием, имеют предварительные и нестойкие ожидания, которые можно существенно изменить с помощью начальных гипнотических ощущений. Клиническое исследование установило, что отношение пациентов к гипнозу может быть улучшено за счет коррекции ошибочного предубеждения (Schoenberger, 1996).

РОЗА ПОД ДРУГИМ ИМЕНЕМ

То, что гипноз похож на расслабление и на работу с мысленными образами, иногда вызывает беспокойство у терапевтов, размышляющих об этом впервые. Действительно, значительная часть исследований (см. Edmonston, 1991) указывает, что расслабившиеся участники экспериментов являются в целом столь же внушаемыми, как люди, которых подвергли гипнозу, и что их субъективные переживания во время гипноза и после него тоже подобны (Meyer & Lynn, 2005). Поэтому неудивительно, что некоторые клиницисты спрашивают, могут ли они гипнотизировать своих пациентов все время без их ведома, и обеспокоены тем, этично ли это. Другие, напротив, беспокоятся и удивляются — не является ли процедура *гипноза* обманом.

На самом деле гипноз и обучение расслаблению — не идентичны. Расслабление — это только один из многих методов наведения гипноза. Например, гипноз можно вызвать, внушая пациенту оставаться активно бодрствующим и стать особенно бдительным и сосредоточенным. Во время гипноза можно предотвратить расслабление, если пациенты будут «ехать» на велотренажерах или участвовать в других формах энергичных упражнений (Banyai, 1991), чего, естественно, нельзя сказать о тренинге релаксации.

У гипноза есть культурно-исторический контекст, которому придается особое значение. Значения и интерпретации — это вообще то, из-за чего возникает большая часть психологических расстройств, и то, с чем имеет дело психотерапия. Поскольку причинами проблем являются не сами по себе стимулы, а скорее их восприятие и интерпретация пациентом.

Некоторые из значений, приписываемых термину *гипноз,* могут вызвать у пациентов — и даже у терапевтов — напрасные опасения насчет его использования. Основанные на сенсационных историях без фактического основания, эти значения можно часто преодолеть с помощью образовательной информации и процедур, описанных в следующей главе.

Другие значения, приписываемые термину гипноз, ответственны за его терапевтическую эффективность. Как мы упоминали ранее, гипноз может предусматривать разрешающий контекст, позволяя пациентам проявлять такие реакции, о которых они даже не подозревали, что они это могут. Именно поэтому после гипнотического наведения люди гораздо более отзывчивы на внушения — включая терапевтические внушения — чем до него. Процедура гипноза также может растормозить терапевта, создавая условия для таких терапевтических действий, которые в другой ситуации могли бы показаться неуместными (T. X. Barber, 1985). Например, гипнотический контекст разрешает терапевту много раз повторять утверждения, что увеличивает силу и особенность их воздействия. Вне гипнотического контекста такой стиль коммуникации казался бы странным и неуместным.

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПНОЗА

Хотя гипноз можно использовать в качестве дополнения почти ко всем психотерапевтическим процедурам, его эффективность при решении отдельных проблем была доказана опытным путем. Было показано, что гипноз особенно полезен в психотерапии боли, курения, тревожных расстройств, а также в психотерапии вызванных стрессом расстройств и заболеваний (напр., гипертония, язва), кожных болезней, астмы, ожирения и нарушений пищевого поведения (Holroyd, 1996; Kirsch, Montgomery, & Sapirstein, 1995; Lynn et al.,

2000; Wadden & Anderton, 1982). В последующих главах мы обсудим, как гипноз может выступать катализатором — при терапии этих расстройств и состояний, а так же при терапии посттравматического стрессового расстройства и депрессии.

Хотя в этой книге мы нигде подробно не обсуждаем конверсионные и диссоциативные расстройства, на самом деле они заслуживают упоминания. Конверсионные и диссоциативные расстройства — эти диагнозы могут быть поставлены пациентам с такими симптомами, как психогенные параличи, непроизвольные движения, временная амнезия, галлюцинации различных сенсорных модальностей, отсутствие чувствительности разных частей тела, и с временным убеждением, что «я — это кто-то другой». Некоторые из этих симптомов также являются реакциями, которыми традиционно измеряют уровень гипнотической внушаемости (например, Weitzenhoffer & Hilgard, 1962). Другие наблюдаются во время гипнотических демонстраций, проводимых эстрадными гипнотизерами.

Подобие между обычными гипнотическими ответами и симптомами того, что исторически называлось *истерией,* наводит на мысль, что в основе этих явлений лежат по крайней мере некоторые общие механизмы. На это сходство также указывает степень, с которой проявления истерии и демонстрации гипноза входят и выходят из моды. Конверсионные расстройства были намного более распространенными в «венский период», чем где-либо в мире сегодня. Подобным образом современная эпидемия расстройств диссоциативной идентичности в Северной Америке может быть обязана своим возникновением, по крайней мере частично, влиянию таких кинофильмов, как *Сибилла, Три лица Евы,* и совсем недавних — *Бойцовский клуб* и *Тайное окно.*

Диссоциативные и конверсионные расстройства исторически считались формами истерии. Начиная с третьего издания *Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам* (ДСМ-1П; Американская психиатрическая ассоциация, 1980), эти состояния были отделены друг от друга, и объемлющая их концепция истерии была полностью ликвидирована. Мы считаем это решение неудачным, потому что это уводит внимание от тех психосоциальных факторов, которые предварительно оправдывали объединение конверсионных и диссоциативных расстройств в

одну группу, а также потому, что это отделяет эти расстройства от их исторического контекста (см. Frankel, 1994). Кроме того, это делает неясной связь между истерией и гипнозом. И то, и другое можно рассматривать как феномены внушения, одно — патологическое, а другое — целебное.

Идея о связи между истерией и гипнозом не нова. Фрейдовская концепция бессознательного самым непосредственным образом оказалась под влиянием демонстрации Шарко по управлению истерическими симптомами через постгипнотическое внушение. Эта связь становится еще более очевидной в современных исследованиях, показывающих, что конверсия и гипнотические реакции используют общие неврологические процессы (см. Moene, Spinhoven, Hoogduin, & Van Dyck, 2003), что пациенты с конверсионными расстройствами имеют более высокую оценку по шкале внушаемости, чем пациенты контрольной группы (Bliss, 1984), и что гипнотическая внушаемость связана с успешной гипнотерапией конверсионных расстройств (Moene et al., 2003).

В клинических условиях для симптоматического лечения пациентов с диагнозом диссоциативное или конверсионное расстройство можно использовать прямое внушение. Можно восстановить психогенно утраченные функции, можно контролировать физическую боль и эмоциональные переживания, изменять содержание пугающих сновидений. Гипноз не является панацеей для таких людей, но он делает их жизнь более терпимой, при этом он демонстрирует возможность улучшения их состояния в процессе лечения и позволяет направить внимание на другие терапевтические задачи.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ГИПНОЗА

Поскольку гипноз — это дополнение к терапии, а не вид лечения, его нельзя рассматривать как волшебное средство для решения проблем, с которыми врач не способен справиться без него. Обычное эмпирическое правило заключается в следующем: не лечите никаких состояний с помощью гипноза, если вы не можете вылечить их без него. И при этом врач не должен браться за лечение расстройства при помощи гипноза или без него, — если

оно выходит за рамки его обучения, квалификации или компетенции. Подобные попытки неэтичны.

Особенности пациента могут послужить противопоказанием для использования гипноза. Например, клиенты с обсессивно-компульсивными расстройствами меньше поддаются гипнозу, чем другие группы пациентов или нормальные участники контрольных групп (Spinhoven, Van Dyck, Hoogduin, & Schaap, 1991). Кроме того, пациенты, уязвимые для психотической декомпенсации (Meares, 1961), пациенты с параноидальным уровнем сопротивления к оказываемому на них влиянию или контролю (Orne, 1965), эмоционально-неустойчивые диссоциативные или посттравматические пациенты, а также пограничные пациенты, которые могут переживать гипноз как внезапную, навязчивую и нежелательную близость, — могут быть плохими кандидатами на гипноз или требовать особого внимания или изменения типичных гипнотических процедур, чтобы подчеркнуть безопасность, защищенность и связность. В каждом случае все «за и против» гипноза должны быть тщательно взвешены в сравнении с «за и против» негипнотического лечения.

Опыт взаимодейстия некоторых пациентов со своими родителями, авторитетными лицами или специалистами помогающих профессий предрасполагает их относиться к гипнотизеру с недоверием, гневом и страхом. Поскольку в культуре гипнотизер ассоциируется с человеком, имеющим силу, власть и контроль над пациентом, гипнотическая ситуация может усиливать тенденции пациентов к негативным реакциям (Lynn, Kirsch, & Rhue, 1996). Пациент не только может сопротивляться погружению в гипноз, но сам гипноз может переживаться им как эмоционально напряженное, вызывающее отвращение событие. Такая ситуация наиболее вероятна, если гипноз наполнен значениями личного господства и управления. Однако у пациентов может возникать и сильно заряженный, позитивный, идеализированный, архаичный или даже сексуальный перенос на врача (Shor, 1979), который может быть в равной степени непродуктивен. Следовательно терапевт должен быть начеку по отношению к таким возможностям и развивать устойчивый рабочий альянс в качестве сдерживающего фактора против такого отклонения от запланированного лечения (Lynn, Kirsch, & Rhue, 1996).

ПЛАЦЕБО, ОЖИДАНИЯ И НАБОРЫ РЕАКЦИЙ: ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТА И УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕРАПИИ

Когда эффект таблетки зависит от ее психологического смысла, а не от определенных ингредиентов, в ней содержащихся, это называется эффектом плацебо. Способность плацебо вызывать важные терапевтические изменения была не известна до 1950-х годов, когда плацебо-контролируемое исследование показало, что многие лекарства - и даже некоторые хирургические процедуры - на самом деле плацебо (Beecher, 1955). С тех пор было обнаружено, что плацебо может влиять на ощущение боли, тревоги, депрессии, на сексуальное возбуждение, артериальное давление, частоту сердечных сокращений, бронхоспазм, температуру кожи, контактный дерматит и стенокардию (Kirsch, 1990). Было даже сообщение об успешном применении плацебо в лечении рака (Klopfer, 1957).

Эффект плацебо выявляет основной принцип человеческого опыта и поведения: когда люди ожидают изменений в своих собственных ответах и реакциях, их ожидания могут произвести эти изменения. Самоисполняющиеся ответные ожидания являются причиной психологических проблем и существенной частью психологической помощи (см. Kirsch & Lynn, 1998). Ожидание дисфункциональных реакций — частичная причина тревожности (Reiss & McNally, 1985), депрессии (Teasdale, 1985) и сексуальной дисфункции (Palace, 1995). Люди могут бояться собственных страхов и испытывать угнетение от собственной депрессии. Они могут страдать от бессоницы, потому что волнуются, что не заснут, и испытывать ожидаемый опыт потери сексуального возбуждения в результате самоисполняющегося пророчества. Поскольку ожидания могут поддерживать психологические симптомы, для избавления от этих симптомов может потребоваться изменение ожиданий.

Эффект плацебо оказывается особенно сильным при лечении депрессии. Количественный обзор опубликованных данных клинических испытаний показал, что инертное плацебо дублирует 75% эффектов антидепрессантов, независимо от разновидности используемых лекарств (Kirsch & Sapirstein, 1998). Однако последующий анализ данных, полученных «Американским управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикамен-

тов» от фармацевтических компаний, показал, что эффект плацебо был недооценен и преимущества лекарств были завышены (Kirsch, Moore, Scoboria, & Nicholls, 2002). При рассмотрении неопубликованных данных оказалось, что плацебо дублирует 82% результатов медикаментозного лечения. Действительно, разница между эффектами от плацебо и от антидепрессантов кажется клинически незначимой. Таким образом, мощные средства, вызывающие эффект плацебо, должны клинически приветствоваться.

Существует одно законное препятствие для клиницистов, чтобы манипулировать ожиданиями: использование плацебо обычно влечет за собой обман. Психотерапевты, в частности, по праву обеспокоены тем, чтобы никоим образом не обманывать своих пациентов. Ожидание — только один из мощных психологических факторов, от которых зависит результат терапии. Доверие - другой фактор, и в конечном счете психотерапевты зарабатывают доверие своих пациентов, только если они (терапевты) ведут себя заслуживающим доверия образом. Таким образом, проблема состоит в том, как максимизировать ожидания пациентов относительно терапевтических результатов без обмана.

Гипноз - это одно из решений этой дилеммы (Kirsch, 1994b). Многие рассматривают его как мощную процедуру, которая может помочь человеку похудеть, бросить курить, преодолеть страх, блокировать боль, вернуть воспоминания детства и достичь несметного числа других целей. И хотя некоторые из этих убеждений необоснованны (Lynn & Nash, 1994), другие подтверждены значительным объемом данных (например, Holroyd, 1996; Kirsch, 1997a; Kirsch, Montgomery, et ah, 1995; Lynn, Vanderhoff, Shindler, & Stafford, 2002). В то же самое время данные показывают, что многие из последствий гипноза связаны с ожиданиями.

Как и плацебо, гипноз производит терапевтический эффект, изменяя ожидания пациентов. Но, как мы упоминали в первой главе, в отличие от плацебо, гипноз не требует обмана, чтобы быть эффективным. В то время как плацебо обманным образом объявляют лекарственным лечением, гипноз честно представляют как психологическую процедуру. Более того, открыто информируя пациентов о результатах, полученных на основе исследований природы ожиданий, можно уменьшить их сопротивление и усилить их восприимчивость к гипнотическому вмешательству.

Гипнотическое наведение и изменение ожиданий

Рассмотрим ряд процедур, которые исторически использовались для гипнотического наведения: звуки восточных гонгов, вспышки яркого света, надавливание рукой на голову участника и более обычное - расслабление. Из обзора разнообразных техник наведения становится ясно, что их единственный общий компонент — это название «гипноз». Когда эффект применения лекарственного препарата не зависит от его специфических ингредиентов (то есть, когда инертное вещество производит тот же самый эффект), препарат считается плацебо. Аналогичным образом гипнотическое наведение должно быть манипуляцией ожиданием, похожей на плацебо, потому что эффект наведения на внушаемость не зависит от какого-либо конкретного компонента или ингредиента.

Ожидания не только определяют, когда возникнут гипнотические реакции; они также играют большую роль в определении характера этих реакций. После гипнотического наведения пациенты сообщают об усилении или ослаблении включения в гипноз, замедлении или ускорении времени, о затруднении или облегчении логического мышления, о приближении или удалении голоса гипнотизера, о том, что звуки становятся более звонкими или более приглушенным и так далее (Henry, 1985). Данные Генри показали, что направление этих изменений в сознании зависит от заранее составленного субъектом мнения об эффектах гипноза.

Ожидания также формируют явное поведение людей в гипнозе. Спонтанная амнезия при гипнозе, например, возникает только у тех людей, которые ожидают, что ничего не будут помнить (J. Young & Cooper, 1972). Аналогичным образом можно в значительной степени изменить способность людей сопротивляться внушению, если им сказать об этом (Lynn, Nash, Rhue, Frauman, & Sweeney, 1984; Silva & Kirsch, 1987; Spanos, Cobb, & Gorassini, 1985). Те пациенты, которым говорят, что загипнотизированные люди могут противодействовать внушению, находят в себе способности сопротивляться, тогда как те, которым говорят, что загипнотизированные люди не могут противодействовать внушению, могут показать свою неспособность к сопротивлению. Спонтанная каталепсия руки — это еще одна реакция, которая встречается у людей, ожидающих, что она произойдет (Orne, 1959), как и в случае с пациентами Шарко. Эти примеры подчеркивают тот факт, что гипнотерапевты в значительной степени могут

влиять на то, что пациенты будут испытывать во время гипноза, формируя их ожидания относительно того, что будет происходить.

Индивидуальные различия в восприимчивости к гипнозу

Как мы уже отмечали во второй главе, ожидание — это один из немногих устойчивых коррелятов гипнабельности (Kirsch & Council, 1992; Kirsch, Silva, Comey, & Reed, 1995). Большинство корреляций между ожиданием и внушаемостью умеренны, объясняя приблизительно 10%-ный разброс ответов. Однако некоторые исследования сообщают о существенно более высоких корреляциях. Очень высокие корреляции между гипнотической внушаемостью и ожиданиями получены при измерении внушаемости наяву или при оценке ожиданий после гипнотического наведения (но перед проведением тестовых внушений).

Но корреляция все же не устанавливает причинной связи. Возможно, что ожидание является сопутствующим феноменом, а вовсе не причиной восприимчивости. Более убедительное доказательство причинной связи было представлено исследованиями, показавшими, что ответы участников меняются в зависимости от действий экспериментатора, который манипулировал ожиданиями участников относительно уровня их внушаемости. Было показано (Kirsch, Council & Mobayed, 1987), что измененные ожидания могут лучше объяснить разброс в последующей гипнотической внушаемости, чем характерная гипнабельность (т.е. исходная восприимчивость до манипуляции).

Виклесс и Кирш (Wickless & Kirsch, 1989) использовали комплексную процедуру изменения ожиданий, чтобы убедить участников исследования в том, что они в высшей степени восприимчивы к гипнозу. Например, они тайно придавали комнате красный оттенок посредством скрытой лампочки, внушая при этом, что комната становится все более и более красной. Участники таким образом приходили к выводу, что они очень восприимчивы к внушению. После манипуляции с ожиданиями участников проверяли на гипнотическую внушаемость, не производя каких-либо дальнейших изменений в окружающем пространстве. В отличие от нормального распределения множества ответов, полученного на контрольной группе, 73% участников из тех, с кем проводили экспериментальную терапию, оказались в диапазоне высокой внушаемости, и ни один из них не попал в низкий диапазон.

Эти данные дают убедительные доказательства причинной связи между ожиданием и гипнотической внушаемостью, но все еще не могут объяснить некоторых различий в восприимчивости. Возможно, что ожидание является единственной ближайшей детерминантой гипнабельности и что оставшиеся отклонения являются результатом ошибок измерения. Или наоборот, необъясненные отклонения могут возникать из-за личных способностей или особенностей, природу которых все еще предстоит установить.

Усиление внушаемости

Хотя существуют индивидуальные различия гипнотической внушаемости, мы уже отмечали ранее, что усиление внушаемости для большинства участников невелико. Человек, который без наведения отвечает на 6 из 12 внушений (12 — это число внушений, которое чаще всего используется в шкалах гипнотической восприимчивости), после наведения мог бы ответить на 7 внушений. И более того, корреляция между гипнотической и негипнотической внушаемостью достаточно высока, что указывает на то, что измеряется именно внушаемость, а не гипнабельность (Kirsch & Braffman, 2001).

Более существенное влияние на восприимчивость к внушениям можно оказать, если усиливать ожидания. Многие из техник, которые мы приводим, разработаны для того, чтобы изменить ожидания и модифицировать варианты ответов пациентов (Kirsch, Silva, et al., 1995; Lynn& Hallquist, 2004; Lynn & Sherman, 2000; Matthews, Lankton, & Lankton, 1993). На самом деле, первостепенное значение имеет создание такой связи с пациентом, при которой будет происходить ожидание изменений (Matthews et al., 1993). Перед, во время и даже после гипнотической сессии жизненно необходимо, чтобы клиницисты укрепляли веру своих пациентов в то, что они восприимчивы к гипнозу, и усиливали их ожидания.

ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТА

Полезно представлять гипнотическое вмешательство состоящим из трех составляющих —подготовки, наведения и применения, хотя на практике разделительная линия между этими фазами может быть

неразличима. Клиницисты часто уделяют значительное внимание последним двум задачам. Они посещают рабочие семинары, на которых их обучают непрямому наведению, двойному наведению, специальным техникам погружения и другим процедурам подобного рода. Однако исследования показывают, что многие из этих специализированных техник вообще не приносят никакой пользы, а некоторые возможно даже снижают эффективность гипнотического вмешательства (Lynn, Neufeld, & Matyi, 1987; Matthews, Kirsch, & Mosher, 1985). В основном, люди, получающие традиционные авторитарные и директивные внушения, принимают столько же внушений, что и люди, получающие более разрешающие и непрямые внушения. Хотя прямые или авторитарные внушения могут порождать чувство непроизвольности, связанное с внушением, в большей степени, чем косвенные или разрешающе сформулированные внушения, это различие по величине не большое (Lynn et al., 1987). Ответ на гипноз больше зависит от *способностей, установок и ожиданий* пациента, чем от навыка гипнотизера. В отличие от особых наведений и внушений, воздействие этих *трех азов* внушаемости на гипнотический ответ было четко зарегистрировано (Kirsch & Council, 1992).

Вместо того, чтобы тратить энергию на изучение сложных наведений и внушений, мы подчеркиваем, вполне достаточно подготовить пациентов к гипнозу, создав у них позитивные терапевтические ожидания. Такая подготовка состоит из создания сильного действующего альянса, разоблачения мифов и неверных представлений, предоставления точного, основанного на фактах объяснения гипноза и демонстрации того, что гипнотические переживания могут возникать даже без гипнотического наведения.

Терапевтический альянс

Хорват и Веди (Horvath and Bedi, 2002) после всестороннего обзора литературы по терапевтическому альянсу пришли к выводу, что установление сильного альянса на ранних этапах терапии является решающим для успеха всей терапии. Вампольд (Wampold, 2001) пошел еще дальше, заявив, что альянс объясняет наибольшую часть систематического разброса терапевтических результатов. Значительные данные свидетельствуют о том, что раппорт также важен для оптимизации гипнотической восприимчивости

(Frauman & Lynn, 1985; Gfeller, Lynn, & Pribble, 1987; Lynn, Weekes, et al., 1991). Таким образом, для терапевта очень важно выстроить сильные терапевтические отношения.

Один из способов сделать это состоит в том, чтобы дать терапевтическому подходу ясное объяснение, совместимое с личными целями, задачами и ожиданиями пациента. Т. Барбер (1985) отметил, что пациенты часто приходят на сеанс, ожидая, что гипноз усилит эффективность психотерапии, и поэтому можно усилить ее последствия, просто давая терапии определение как гипнотической по своей природе (Kirsch, 1997a; Kirsch, Montgomery, et al., 1995). Однако не все пациенты имеют изначально позитивные ожидания, поэтому важно учитывать их предшествующий опыт гипноза.

Оценка предшествующего опыта

В самом начале важно определить, был ли у пациента раньше гипнотический опыт. Он мог быть прямым или опосредованным. Опосредованные переживания, полученные при наблюдении за гипнотическим сеансом или из рассказов своих друзей об их опыте, могут служить источником информации или дезинформации о гипнозе. Нужно полностью исследовать характер переживаний и представлений о гипнозе, полученных пациентом из этих источников.

Сценические и телевизионные демонстрации — особенно бедные источники информации, поскольку для них типично жертвовать правдой в угоду развлечению. Загипнотизированных участников часто представляют в виде бессмысленных роботов, которых можно заставить выполнять причудливые действия и верить странным иллюзиям. Возрастная регрессия может представляться буквальным возрождением прошлого и даже распространяться на прошлые жизни. Оценка этих событий может стать началом для обсуждения с пациентом мифов и неверных представлений о гипнозе.

Если у пациента был когда-то непосредственный опыт гипноза, то нужно изучить еще больше информации. Когда это происходило и с какой целью? Что пациент помнит о процедурах наведения? Какие аспекты наведения были особенно полезны, если они были полезны? Было ли что-то, что мешало? Насколько приятным был опыт? Какие внушения были сделаны, и как пациент реагировал? Есть ли какие-нибудь феномены, которые пациент хотел бы испытать еще раз? Ответы на эти вопросы могут позволить терапевту

структурировать гипнотическое наведение и внушения оптимальным для пациента способом.

Если пациент прежде не испытывал гипноз, следует выявить, был ли у него опыт с такими процедурами, как тренинг релаксации или практика медитаций. Поскольку большинство гипнотических наведений включает в себя внушения для глубокой релаксации, опыт гипноза, вероятно, будет похож на опыт расслабления или медитации. Предвидение этого сходства может помочь смягчить страх измененного состояния и способствовать интерпретации расслабления в качестве признака успешного вхождения в гипноз.

Исправление мифов и неверных представлений

Хотя у некоторых пациентов уже был непосредственный опыт гипноза, другие приходят на терапию без всякого предыдущего опыта. Прежде чем начинать гипноз, важно убрать неверные представления, которые могли быть получены пациентом из средств массовой информации (СМИ). Как мы отмечали ранее, многие люди полагают, что гипноз — это нечто, что делают с ними, а не то, что они делают сами. Они думают, что загипнотизированные люди теряют контроль над собой и их можно заставить сделать или сказать все, что захочет гипнотизер. Они полагают, что будут чувствовать себя совершенно иначе — как если бы они приняли мощный наркотик, и, возможно, опасаются, что не смогут выйти из этого измененного состояния. Некоторые считают, что люди после гипноза не способны вспомнить, что с ними происходило. Реже встречаются неверные представления о том, что загипнотизировать можно только слабовольных людей или что гипноз может ослабить силу воли человека.

СМИ нельзя целиком обвинить в этих неверных представлениях. Во многие из них верили месмеристы и ранние гипнотизеры. Но клинический опыт и результаты контролируемых экспериментов привели исследователей к более точному пониманию гипнотических феноменов, на что мы указывали при обсуждении фактов о гипнозе. Многие, если не все из этих фактов — нужно сообщать пациентам до того, как пытаться применить гипноз.

Идея о том, что гипноз вызывает состояние транса, возможно, самая пагубная из всех популярных идей о гипнозе. За несколько десятилетий разным исследованиям не удалось подтвердить предположение, что ответы на внушение обусловлены измененным состояни-

ем сознания, и в результате эта гипотеза была оставлена большинством исследователей (см. Kirsch & Lynn, 1995). Многие хорошо осведомленные ученые либо отказались от использования термина *транс,* как вводящего в заблуждение, либо используют его в достаточно широком смысле, включая в это понятие такие обычные опыты, как быть поглощенным интересным фильмом, беседой или мечтать. Тем не менее, представление о гипнозе как о трансе является наиболее распространенным среди широкой публики, его придерживаются даже некоторые клиницисты и исследователи, о чем мы подробнее поговорим в заключительной главе.

Есть несколько путей, которыми понимание гипноза как транса может заблокировать опыт гипнотических явлений. Во-первых, многие люди без предшествующего гипнотического опыта боятся идеи погружения в транс. Они могут бояться потери контроля, что, как они ошибочно думают, влечет за собой гипноз. В результате они намеренно сопротивляются терапевтическим внушениям. Во-вторых, неинформированные пациенты могут считать, что загипнотизированным людям полагается исполнять пассивную роль и просто ждать изменений, которые произойдут. В гипнозе, как и вообще в психотерапии, терапевты в достижении изменений зависят от активного сотрудничества с пациентом. Противодействие идее, что гипноз — это состояние транса, позволяет пациенту интерпретировать расслабленное включение как доказательство успешности наведения, что в свою очередь снимает с пациента давление из-за необходимости испытывать транс и усиливает его ответ на внушение. Линн и коллеги (2002) обнаружили, что участники, которым говорили, что ответ на гипноз (ответ на наведение гипнотического состояния — *прим, ред.)* включает вхождение в транс, — менее под давались внушению, чем те, которым говорили, что ответ на гипноз вовлекает их в активное сотрудничество.

Преднастройка (прайминг)

Преднастройка относится к активации или изменению доступности понятия с помощью *заранее вызванного представления* этого или близко связанного с ним понятия (см. Reason, 1992). Беседуя с пациентами до начала гипноза о различных негипнотических опытах расслабления, которыми они пользовались в прошлом, — о таких, как прослушивание успокаивающей музыки или наблюдение

за плеском волн на берегу, - и попросив пациентов пофантазировать о том, что бы они хотели испытать во время предстоящей сессии гипноза, терапевт может с подачи пациентов создать полезные внушения и *преднастроить* последующие гипнотические ответы. Преднастраивающие влияния могут быть тонкими. Стимулы, представленные даже на подсознательном уровне, могут повлиять на интерпретацию событий (см. Greenwald, Draine, & Abrams, 1996; Merikle & Joordens, 1997). Эффекты преднастройки могут распространяться и на сложное социальное поведение (Wilson & Capitman, 1982).

Таким образом, еще до первой попытки гипноза нужно выявить и исправить неверные представления и предвзятые мнения пациентов о гипнозе. Можно сказать пациентам, что в гипнозе нет ничего таинственного, что это нормальное состояние сосредоточенного внимания, а не глубоко измененное состояние сознания, и что, возможно, по ощущению гипноз не сильно отличается от медитации или расслабления. И самое важное, пациентам нужно сообщить, что они будут полностью управлять собой, что они испытают только то, что захотят испытать, и что будут в состоянии запомнить все, что произошло во время гипнотической сессии. Эти факты о гипнозе, установленные опытным путем, повышают способность пациентов испытывать эффекты внушения.

Способствующая информация

Помимо разоблачения мифов и неверных представлений пациентам предоставляют информацию, помогающую им испытать внушаемые эффекты. Кроме облегчения их опасений, такого рода информация предназначена для того, чтобы добиться активного сотрудничества пациентов. Пациентам говорят, что гипноз — это то, что они делают сами, а не то, что сделано им, и что гипнотические внушения ощущаются более ярко, когда люди активно представляют себе их возникновение. Внушенную тяжесть руки, например, можно ощутить гораздо проще, если участник намеренно представит себе, что его рука становится более тяжелой.

Некоторым пациентам можно облегчить участие во внушении, если попросить их вообразить такую ситуацию, которая заставит их руку ощутить тяжесть, например, представить, что пациент держит в руке тяжелый словарь. Однако существуют также некоторые данные относительно того, что целенаправленные фантазии подоб-

ного рода могут снижать способность человека сосредоточиваться на создании внушенного опыта (Comey & Kirsch, 1999). Можно поощрять пациентов на эксперименты с различными стратегиями ответа, чтобы обнаружить, что работает для них лучше всего.

Пациентам нужно также сообщить, что опыт гипноза зависит от их убеждений и ожиданий. Если они никогда прежде не испытывали гипноза, вероятно, они зададутся вопросом, действительно ли они загипнотизированы или просто обманывают сами себя. Отвечая на этот вопрос, они могут чувствовать себя двойственно, одна их часть чувствует внушенный опыт, а другая — сомневается в нем. Они могут способствовать гипнозу, отложив свои сомнения и приняв решение временно согласиться с внушенным опытом. Они не забудут свой скептицизм, но их сомнения могут побыть на заднем плане до окончания гипнотического опыта, тогда они смогут пересмотреть их, если пожелают.

Внушение без гипноза

Говоря людям, что гипноз является нормальным состоянием сосредоточенного внимания, а не резко измененным состоянием сознания, в котором поведение субъекта контролируется гипнотизером, мы предоставляем им информацию, которая не согласуется с мнением о гипнозе, часто представленным в СМИ. По этой причине некоторые пациенты не могут ее полностью принять. Полезная стратегия для того, чтобы заново выстроить более точное представление о гипнозе, состоит в том, чтобы предоставить пациентам гипнозоподобный опыт прежде, чем наводить гипноз.

Чтобы предотвратить неудачный начальный опыт, следует использовать очень легкое предгипнотическое внушение. Самые легкие гипнотические внушения — идеомоторные, хотя одно из них более трудное — это левитация руки. Большинство людей может успешно ответить, например, на такое внушение: «Вообразите силу, раздвигающую ваши вытянутые руки в стороны или соединяющую их вместе». Внушенную тяжесть руки испытать еще легче.

Иллюзия маятника Шевреля

Одно из лучших внушений для предгипнотической подготовки — иллюзия маятника Шевреля. Эту иллюзию можно испытать, держа

маятник (например, медальон на цепочке) между большим и указательным пальцами одной руки и концентрируясь на мысли, что он будет раскачиваться в каком-то определенном направлении (то есть назад и вперед, из стороны в сторону, по часовой стрелке или против часовой стрелки). Маятник нельзя раскачивать специально, но пациент также не должен концентрироваться на том, чтобы удерживать его неподвижным. Вместо этого руку, держащую маятник, следует игнорировать. Все внимание пациента должно быть сосредоточено на нижней части маятника и на том направлении, в котором пациент желает, чтобы тот двигался. Обычно маятник начинает перемещаться в предложенном направлении.

Иллюзия маятника Шевреля очень легка, и у большинства людей она успешно получается. Тем не менее, она переживается как нечто сверхъестественное. Маятник, похоже, движется сам по себе, без физических усилий. В то время как это происходит, терапевт может указать на то, что пациент вовсе не находится в измененном состоянии сознания и что опыт происходит полностью под контролем пациента. Все, что сделал терапевт, — это предложил опыт. А пациент — тот, кто заставляет предложенный опыт произойти. Пациент может остановить качание маятника в любое время, когда он (или она) того пожелает.

Чтобы сделать эффект опыта еще более убедительным, терапевт может предложить пациенту заставить маятник изменить направление. Изменение направления переживается как явление, не связанное ни с какими намеренными физическими движениями, и все же оно полностью находится под контролем пациента. Локус контроля можно убедительно продемонстрировать, предложив пациенту сконцентрироваться на каком-нибудь направлении (например, из стороны в сторону), в то время как терапевт внушает движение в другом направлении (например, назад и вперед). Пациент будет наблюдать, что движение маятника определяется его собственным воображением, а вовсе не словами врача.

Ниже приведен пример типичной подготовки пациента к начальному опыту гипноза.

Терапевт: **Прежде чем мы начнем, я хотел бы узнать кое-что относительно ваших мыслей о гипнозе, то, как вы его понимаете, и что это такое. Вы когда-либо испытывали гипноз прежде?**

Пациент: **Нет.**

Терапевт: **Может вы видели когда-нибудь, как кого-то гипнотизировали, — может быть выступление на эстраде или по телевидению? Или может вы знаете кого-то, кто испытал гипноз?**

Пациент: **Ну, вероятно, я видел это в кино, хотя прямо сейчас не могу сказать, в каком конкретно.**

Терапевт: **Большинство из нас видело в кино нечто такое, что, как полагают, должно быть гипнозом. Я, помню, брал с собой сына, чтобы посмотреть диснеевский мультфильм,** ***Книга джунглей.*** **Вы его видели?**

Пациент: **О да! Думаю, видел.**

Терапевт: **Помните в нем питона, который обычно гипнотизировал людей своими «спиральными» глазами?** ***[Пациент кивает.]*** **Я полагаю, что это довольно типичный образ, который получает гипноз в средствах массовой информации. У гипнотизера полная власть, а испытуемый входит в транс и делает все, что внушает гипнотизер.**

Пациент: **Лает как собака, крякает как утка.**

Терапевт: **Точно!**

Пациент: **Я полагаю, что на самом деле гипноз не похож на это, не так ли?**

Терапевт: **Нисколько! Знаете, у нас есть поговорка, что «весь гипноз на самом деле является самогипнозом». Другими словами, я не собираюсь гипнотизировать вас; я собираюсь научить вас, как вам гипнотизировать самого себя. Фактически, я никогда никого не гипнотизировал. Но я помог многим людям испытать эффект от внушений. Гипноз - это не то, что я делаю с вами. Это нечто, что вы делаете для себя сами. Многие люди думают о гипнозе как о таинственном измененном состоянии сознания, в котором люди погружаются в транс и теряют контроль над своим поведением. В действительности гипноз на это совершенно не похож. Большинство людей описывает гипноз как нормальное состояние сосредоточенного внимания. Когда вы загипнотизированы, вы остаетесь активным и полностью управляете своим поведением, а**

после гипноза вы можете вспомнить все, что произошло в то время, когда вы были загипнотизированы. Вы когда-нибудь пробовали медитацию или тренинг расслабления, или что-нибудь подобное?

Пациент: **Да, я ходил как-то в класс йоги, и обычно мы медитировали.**

Терапевт: **На что это было для вас похоже?**

Пациент: **Ну, это очень расслабляло.**

Терапевт: **Вам это понравилось?**

Пациент: **Мммм!**

Терапевт: **Хорошо, вы можете обнаружить, что опыт гипноза во многом похож на этот: вы расслаблены, сосредоточены и владеете собой. Вы владели собой во время медитации, не так ли? Я имею в виду, если бы преподаватель йоги предложил вам сделать нечто, чего бы вам не хотелось делать, вы бы это сделали?**

Пациент: **Вероятно, нет.**

Терапевт: **Хорошо, это верно и для гипноза тоже. Я могу сделать различные внушения, но вам решать, хотите ли вы их испытать. Вы испытаете только те внушения, которые захотите. Если я предложу что-то, что вы не хотите испытывать, вы сможете просто игнорировать это. Знаете, не внушение заставляет событие происходить. Вы это делаете. Позвольте мне показать вам пример того, что я имею в виду.** ***[Терапевт поднимает маятник.]*** **Сейчас, когда я показываю вам этот маятник, это, вероятно, заставляет вас подумать о тех старых фильмах, о которых мы вспоминали, где гипнотизер говорит: «Смотрите на часы! Смотрите на часы!» Ну, я не собираюсь этим пользоваться, чтобы загипнотизировать вас. Я всего лишь хочу показать вам, как вы можете испытать гипнотическое внушение без гипноза. Позвольте мне показать вам, что я имею в виду. Я держу маятник между большим и указательным пальцем и концентрируюсь на его движении в определенном направлении. Прямо сейчас я представляю себе это перемещение назад и вперед.** ***[Маятник начинает двигаться.]*** **Вот он задвигался. Теперь, очевидно, моя рука должна перемещаться, чтобы маятник двигался, но я не чувствую,**

что моя рука движется. Для меня это ощущается так, как будто я контролирую маятник своим сознанием и мое воображение заставляет его двигаться. Ну, я много практиковался с этим, поэтому у меня получается довольно легко. Обычно поначалу требуется больше времени и маятник перемещается не так сильно. Но большинство людей могут это сделать, если попробуют, и с практикой это получается лучше. Почему бы вам не попробовать? ***[Терапевт вручает маятник пациенту.]*** **Теперь зажмите верх цепочки между большим и указательным пальцами и положите локоть на ручку кресла. Вот так.**

Стабилизация локтя может способствовать движению маятника, но поскольку эффект невелик, ее можно опустить, если нет ничего удобного, на что можно положить локоть. Далее терапевт стабилизирует низ маятника и затем осторожно отпускает его со словами: «А теперь представьте, как маятник перемещается — назад и вперед, туда и обратно». В дополнение к словам терапевт может способствовать движению маятника, перемещая расположенный под маятником палец пациента в нужном направлении. Как только маятник начинает двигаться в требуемом направлении, терапевт продолжает следующим образом:

Терапевт: **Вот так, движется все больше и больше, сильнее и сильнее. Хорошо, теперь давайте посмотрим, можете ли вы сделать, чтобы он изменил направление. Как насчет того, чтобы заставить его двигаться по часовой стрелке?** ***[Палец терапевта начинает двигаться под отвесом маятника по часовой стрелке.]***

По кругу, все шире и шире круги. Вот так. Хорошо! Теперь скажите, кто управлял движением маятника?

Пациент: **Я управлял, я полагаю.**

Терапевт: **Правильно, но давайте проверим это, чтобы убедиться. Я буду внушать, чтобы маятник двигался в конкретном направлении, но я хотел бы, чтобы вы представили себе, что он перемещается в другом направлении. Хорошо? Потом посмотрим, по какому пути он пойдет. Какое направление вы хотели бы попробовать?**

Пациент: **Я не знаю. Может быть из стороны в сторону.**

Терапевт: **Хорошо! Представьте себе это и просто игнорируйте мое внушение.** *[Терапевт делает короткую паузу, чтобы позволить пациенту начать воображать.]* **Назад и вперед, назад и вперед, назад и вперед.** *[Маятник перемещается из стороны в сторону.]* **Хорошо! Итак, кто управлял движением, я или вы?**

Пациент [посмеиваясь]: Я **управлял.**

Терапевт: **Точно! Вы игнорировали мое внушение и сделали свое собственное, и то, что происходило, было связано с вашим внушением, а не с моим. Вот на что похож гипноз. В гипнозе я делаю внушение, и вы решаете, хотите ли вы испытать его. И если хотите, то можете заставить его произойти, концентрируясь на нем и представляя себе, что оно происходит. У вас есть какие-нибудь вопросы по этому пункту?**

Пациент: **На самом деле нет.**

Терапевт: **Хорошо! Тогда давайте попробуем гипноз.**

Большинство пациентов чувствуют себя вполне комфортно при таком описании и демонстрации. Они часто выражают изумление, когда маятник начинает двигаться, улыбаются и восклицают: «Это сверхъестественно!» Их опасения по поводу потери контроля утихают. Они узнали, что принятие активной роли в качестве гипнотического субъекта облегчает их ответ на внушение. И что еще более важно — они узнали, что в качестве пациентов они должны принять на себя активную роль, а не пассивно ждать, пока терапевт их вылечит.

Хотя большинство людей легко отвечают внушениям с маятником Шевреля, есть и такие, которые им не отвечают. Это может указывать на то, что человек в значительной степени невосприимчив к тем внушениям, которые используются в шкалах гипнотической внушаемости, но это не означает, что гипноз таким людям противопоказан. Многие люди даже с низким уровнем внушаемости убедились в пользе гипноза на собственном опыте.

Тем не менее, бывает полезно попытаться предотвратить возникновение чувства неудачи у такого редко встречающегося пациента, который не реагирует на внушение маятника. Один из способов сделать это — нарисовать на листе бумаги линию, держать этот лист

под маятником и попросить пациента препятствовать движению маятника в направлении линии. В то же самое время пациент должен считать семерками в обратную сторону от 1000. Часто маятник начинает перемещаться в указанном направлении, а добавление когнитивной нагрузки (например, счет назад семерками) может содействовать этому, препятствуя попыткам предотвратить движение (Wegner, 1994).

В редких случаях, когда никакая форма внушения с маятником Шевреля не вызвала внушенного движения, терапевт может продолжить следующим образом:

Терапевт: **Ну, теперь ясно, что у вас превосходный контроль и управление своими движениями, намного больше, чем у большинства людей, и я не могу заставить вас невольно двигаться независимо от того, насколько сильно я стараюсь. Это очень полезно знать. Во время гипноза вы можете использовать это управление, чтобы очень глубоко расслабить свои мышцы, и, возможно, вы можете применить то же самое управление к своему воображению, так что сможете испытать воображаемые чувства и ощущения очень ярко.**

Безотказное наведение

Демонстрация Шевреля использует тактику, которую социальные психологи (см. Dillard, 1991) прозвали «сунуть ногу в дверь»: она начинается с получения согласия на маленький запрос (например, подвигать маятник) и затем продвигается к связанному с ним большему запросу (например, ответить на более трудные внушения). Легкие начальные задачи, типа раскачивания маятника, обеспечивают успех на ранних этапах, укрепляя тем самым веру пациента в терапию (Lynn, Kirsch, & Rhue, 1996). Другой способ «сунуть ногу в дверь» состоит в том, чтобы связать внушения с естественными или часто происходящими реакциями или — более широко — с любым возникшим у пациента ответом (Erickson, Rossi, & Rossi, 1976). Некоторые естественные реакции - такие, как опускание вытянутой руки, — дают немедленную положительную проприоцептивную обратную связь, что увеличивает вероятность гипнотического ответа. Как только пациенты начинают справ-

ляться с относительно легкой задачей, становится возможным привлечь их к более трудным.

Рассмотрим следующие *безотказные внушения* (Lynn, Kirsch, & Rhue, 1996), основанные на вышеупомянутом принципе. Эти внушения можно давать перед более формальным наведением гипноза в условиях расслабления или творческого воображения или их можно включить в наведение.

Терапевт: **Вы можете заметить, что одна ваша рука чуть-чуть легче другой, а другая — тяжелее. По мере того, как мы говорим, ваша легкая рука может стать еще легче или ваша тяжелая рука может стать еще тяжелее.**
И мне просто интересно, насколько легкой будет ощущаться ваша более легкая рука, и насколько тяжелой будет ощущаться другая рука. Станет ли ваша легкая рука настолько легкой, что поднимется в воздух сама по себе, или ваша тяжелая рука станет настолько тяжелой, что останется придавленной к ручке вашего стула? И мне интересно, какая рука чувствует себя легче? Это ваша правая рука или ваша левая рука? И где вы больше всего чувствуете легкость? В своем запястье или в пальцах? Во всех пальцах или особенно в одном из них?

Явные признаки восходящего движения одной руки или кисти пациента дают терапевту сигнал сосредоточить внимание на внушениях левитации руки. В противном случае от этих внушений отказываются и делают акцент на внушении тяжести руки и неподвижности. По нашему опыту, этот метод может предотвратить ощущение неудачи, поддержать терапевтический раппорт и создать определенное представление об уровне восприимчивости пациента к гипнозу. Если пациент не в состоянии произвести ответы легкости или тяжести руки, это может указывать на наличие стойких негативных убеждений и установок, которые могут препятствовать использованию гипноза в качестве метода лечения.

Готовьте пациента к постепенным изменениям

Безотказные внушения основаны на принципе, что во время терапии человеку важно испытывать положительную обратную связь.

Возникновение положительной обратной связи можно облегчить, если в начале курса лечения создать у пациента ожидание того, что улучшение начнется с малых, постепенных изменений. Как правило, прогресс в лечении и степень включения в гипноз в этом отношении не связаны линейно. Таким образом терапевты могут подготовить пациентов к неудачам, маркируя их на стадии подготовки как неизбежные, временные и полезные возможности для обучения. Например, при подготовке пациентов мы сообщаем им, что они могут почувствовать, что загипнотизированы в несколько раз более глубоко, чем другие, и что они должны обратить внимание на то, как это ощущается, когда они глубже всего загипнотизированы, так чтобы они смогли воссоздать эти ощущения в будущем. Или пациентам можно сообщить, что в любой момент времени они могут выбрать, будут ли они испытывать легкий, глубокий или средний уровень включения в свои гипнотические переживания, и единственное, что имеет значение в этом случае, — это их комфорт. Таким образом сводится к минимуму ощущение неудачи, когда включение в определенные внушения или вмешательства ослабевает на дальнейших этапах терапии (Lynn, Kirsch, & Rhue, 1996). Мы опишем эти дальнейшие этапы лечения в последующих главах.

4

ГИПНОТИЧЕСКИЕ НАВЕДЕНИЯ И ВНУШЕНИЯ

Эта глава посвящена маленьким хитростям клинического гипноза. Мы познакомим вас с наведениями и внушениями, которыми пользовались сами с весьма значительным успехом. Многим процедурам, которые здесь описаны, или их вариантам обычно обучают на рабочих семинарах и их приводят в руководствах и учебниках по гипнозу (напр., Lynn, Kirsch, & Rhue, 1996; Rhue, Lynn, & Kirsch, 1993; Yapko, 2003). В следующей главе мы представим множество методов и стратегий, разработанных для того, чтобы вызывать расслабление, справляться с негативными аффектами, управлять воображением и катализировать различные доказательно-обоснованные методы терапии, которые мы рассматриваем в остальной части книги. Приведенные нами примеры предназначены для того, чтобы служить шаблонами, а вовсе не для того, чтобы их раболепно применяли ко всем пациентам. Наведения часто и в значительной степени взаимозаменяемы. Тем не менее, во многих случаях полезно приспосабливать внушения к целям пациентов, терапевтическим задачам и психодинамике и иметь в распоряжении некоторый запас разнообразных стратегий и тактик.

Некоторые пациенты предпочитают особые наведения или внушения. Действительно, Линн и Квaал (2004) в своих университетских исследованиях обнаружили, что одни студенты отдают сильное предпочтение традиционному наведению релаксации, другие же предпочитают наведение осознания сенсорных ощущений, которое фокусируется на тонких изменениях телесных ощущений и на образных переживаниях, а все остальные — предпочитают наведение, со-

ставленное из внушений позитивных ощущений — удовольствия, энергии и внутренней силы. Хотя среди студентов наблюдались определенные различия в предпочтениях и в степени удовлетворения от участия в опыте, во время наведений в том, как студенты реагировали на тест внушаемости, никаких различий не обнаружилось. Первое наведение, которое мы представляем, основано на расслаблении; его можно легко изменить, приспособив к различным гипнотическим процедурам (Lynn, Kirsch, & Rhue, 1996).

БАЗОВЫЕ НАВЕДЕНИЯ: ТЕХНИКИ НА ОСНОВЕ РАССЛАБЛЕНИЯ

Пожалуйста, устройтесь поудобнее. Закройте глаза и позвольте себе расслабляться. Сделайте несколько медленных глубоких вдохов и заметьте, что, когда вы выдыхаете, вы можете почувствовать, что становитесь более расслабленным. Заметьте что, когда вы вдыхаете, ваши плечи поднимаются, и что, когда вы выдыхаете... полностью и совершенно... ваши плечи опускаются. Возможно вы едва замечаете легкое, нежное, естественное движение ваших плеч вверх и вниз... вместе с вашим дыханием... и знаете, вы даже нисколько не должны об этом задумываться... но поскольку вы продолжаете расслабляться этим легким, естественным способом... с каждым дыханием... каждый раз, когда вы выдыхаете, позвольте этому произойти... пусть ваши плечи и вся верхняя часть тела расслабляются еще больше... вот так... больше и больше... все больше и больше... больше и больше расслабляются... Возможно вы замечаете, что, когда вы выдыхаете, вы можете наслаждаться ощущением, что вы становитесь более и более расслабленным... все более и более расслабленным... вы чувствуете, что становитесь все более и более легким... более и более легким... спокойным... расслабленным... умиротворенным... безмятежным.

И пока вы погружаетесь все глубже и глубже в состояние приятного расслабления, возможно, вы начнете понимать, на что похож опыт гипноза. Возможно вы уже понимаете, что вы — тот, кто расслабляется... вы — тот, кто создает изменения в своем душевном состоянии... в своем способе существования... даже при том, что я — тот, кто дает вам внушения. Даже если я делаю вам внушения, которые помогают вам войти в ваш гипноз, вы — тот,

кто решает, хотите ли вы испытать эти внушения. Если вам не нравится внушение, которое я делаю, вы можете решить его игнорировать и не испытывать этот опыт. Но если вы захотите испытать внушение, то сможете обнаружить, что его гораздо легче испытать, чем вы возможно когда-либо думали. Так что выбор всегда за вами, и это совершенно безопасно войти в гипноз прямо сейчас, в то время как вы позволяете себе расслабиться.

Почувствуйте, как вы становитесь все более и более расслабленным. Но независимо от того, насколько вы расслабитесь, вы будете слышать мой голос, и вы будете в состоянии ответить на мои внушения. В любое время вы можете устроиться так, чтобы вам было совершенно комфортно. И конечно, если вам нужно поговорить со мной, вы сможете это легко сделать, в то время как вы остаетесь очень расслабленным... очень расслабленным... и непринужденным...

Возможно, прямо сейчас, вам захочется расслабиться еще больше, и пока вы расслабляетесь, вы можете почувствовать легкое чувство покалывания в пальцах вашей руки... или в пальцах ноги... и если вы это почувствуете, вы будете знать, что это — чувство расслабления, которое возникает у некоторых людей, когда они начинают испытывать гипноз. Позвольте своему телу расслабляться. Просто позвольте напряжению стекать с вашего тела, отпустите все свои дела и заботы, просто расслабляясь... больше и больше... чувствуя себя все более и более умиротворенным... более спокойным... более и более глубоко расслабленным, в то время как вы погружаетесь в приятное, удобное состояние гипноза... вы погружаетесь в гипноз так глубоко, что можете испытать весь опыт, который хотите испытать... достаточно глубоко, чтобы испытать все, что вы хотите испытать... но только тот опыт, который вы хотите... только ваш собственный опыт.

И вы можете сосредоточить свое внимание на пальцах своей ноги... на правом пальце... и на левом пальце. Почувствуйте любое напряжение, которое там может быть, и просто позвольте ему стекать с вашего правого пальца ноги... и с вашего левого пальца... отпустите все напряжение, пусть оно вытечет наружу и пусть ваши пальцы расслабляются... больше и больше, все больше и больше расслабляются... И позвольте расслаблению перейти с ваших пальцев в ноги, и пусть ваши ноги расслабятся. Позвольте всему напряжению стекать с ваших ног, и пусть они становятся все более и более расслабленными. А теперь обратите внимание на свои лодыжки и на свои голени. Мне интересно,

есть ли какое-нибудь напряжение у вас в лодыжках или в голенях, в вашей правой ноге или в вашей левой ноге. И если есть, вы можете позволить ему уйти прямо сейчас. Просто позвольте своим ногам расслабляться... ноги расслабляются все больше и больше... все больше и больше... полностью расслаблены.

И расслабление может распространиться на ваши бедра... ваши бедра могут расслабляться все больше... просто отпустите их. И вы можете позволить своему тазу расслабиться. Просто пусть мышцы таза станут свободными и мягкими... свободными и мягкими... расслабляясь больше и больше. Расслабьте свой живот. Позвольте своему животу стать совершенно расслабленным. Заметьте, что вы чувствуете, и если вы вообще чувствуете какое-нибудь напряжение, просто позвольте ему вытекать из вас... живот свободный и мягкий, полностью расслабленный. И позвольте этому расслаблению распространиться вверх, в вашу грудь. Позвольте всем нервам и мышцам вашей груди расслабиться, полностью расслабиться... свободно и мягко... все напряжение утекает. А теперь позвольте расслабиться вашей спине и вашим плечам. Позвольте себе почувствовать расслабление в спине и плечах... они все более и более расслаблены... свободные и мягкие... полностью расслаблены.

Позвольте расслаблению распространяться через руки вниз, в ладони и пальцы. Сосредоточьтесь на чувствах в своих руках и ладонях. Заметьте любое напряжение, которое все еще может там быть, и позвольте ему вытечь наружу сквозь ваши пальцы. Сосредоточьтесь на верхней части вашей правой руки... на нижней части правой руки... на правой кисти... и на пальцах... полностью расслабляясь... они все более и более расслаблены... полностью расслаблены. А теперь ваша левая рука... полностью расслабляется, напряжение вытекает наружу... рука совершенно расслаблена... полностью расслаблена. Теперь расслабьте мускулы шеи... пусть напряжение уйдет и мышцы расслабятся... они свободные и мягкие... полностью расслаблены. И расслабьте мышцы челюсти. Просто позвольте им стать мягкими. Все нервы и мышцы вашей челюсти расслабляются полностью. И расслабьте все остальные мышцы вашего лица... рот... нос... глаза... брови... веки... лоб... все мышцы становятся свободными и мягкими... они свободные и мягкие... полностью расслабленные... в покое... спокойные и расслабленные... совершенно свободно. А теперь побудьте в этом состоянии минуту или две, чтобы полностью насладиться вашим опытом гипноза.

Некоторые пациенты боятся, что, если они полностью расслабятся, то станут уязвимыми, и после процедур релаксации они на самом деле испытывают увеличение напряжения в теле или усиление тревоги (Heide & Borkovec, 1983). Следующее наведение, хотя оно и основано на расслаблении, можно использовать для уменьшения вероятности того, что за время гипноза возникнет парадоксальная реакция тревоги (Mellinger & Lynn, 2003):

Удерживание и отпускание. Сегодня во время вашего гипноза, я хотел бы, чтобы вы удерживали ровно столько напряжения, сколько вам нужно для того, чтобы чувствовать себя удобно и расслабленно, защищенным и в безопасности. Вы знаете, что вам нужно определенное количество напряжения в теле, чтобы поддерживать ваши ежедневные функции. Вам нужно определенное количество напряжения в мышцах рта, чтобы говорить, но вы не должны говорить во время гипноза... пока не захотите этого. Вам нужно определенное количестве напряжения в ногах, чтобы ходить, но вы не должны ходить во время гипноза, если не захотите этого. И вам нужно определенное количество напряжения в глазах, чтобы открыть их и держать открытыми, если вам захочется. Но вы не должны открывать свои глаза сегодня во время гипноза, пока не захотите. На самом деле, я хотел бы попросить вас закрыть свои глаза прямо сейчас. Выпустите все напряжение, которое вам не нужно, из век и глаз... расслабьте глаза и позвольте им закрыться... позвольте им закрыться, зная, что в любое время вы могли бы вызвать столько напряжения, сколько вам потребуется, чтобы открыть их. Теперь вызовите ровно столько напряжения, чтобы немного приоткрыть глаза, а затем выпустите напряжение из своих глаз и позвольте им расслабиться еще больше, более полно... еще более полно, позвольте им приятно закрыться, и позвольте своему телу начать выпускать часть напряжения, в котором оно не нуждается.

И как только вы начнете это делать, вы заметите, что ваше тело расслабляется. На самом деле в вашем теле должно быть совсем небольшое напряжение, чтобы вы дышали, ходили, говорили и смотрели, потому что большая часть этих элементарных процессов происходит автоматически, с малым сознательным пониманием и относительно малым напряжением, которое требуется, чтобы произвести эти действия. Так что, если вы захотите, ваше тело может стать расслабленным, очень расслабленным, возможно даже более расслабленным, чем когда вы спите. Се-

годня мы только узнаем, сколько напряжения вам нужно, в то время как ваше тело освобождается и расслабляется настолько, насколько оно может.

И в то время как ваше тело начинает расслабляться, я хотел бы привлечь ваше внимание к вашему дыханию. Когда вы замечаете свое дыхание, возможно вы чувствуете, как немного напрягаетесь, делая вдох, и затем снимаете напряжение, делая выдох, хотя ваше дыхание может быть очень легким, и возможно вы даже не замечаете устойчивый ритм своего дыхания, вдох и выдох... вдох и выдох. Но сейчас я хотел бы, чтобы вы вдохнули очень глубоко и задержали свое дыхание так долго, как сможете. И тогда, я уверен, вы заметите некоторое напряжение. И когда вы не сможете больше сдерживать дыхание, освободите его. Освободите дыхание полностью. Видите, как хорошо вы можете себя чувствовать. Отпустите напряжение и ощутите, насколько глубоко расслабленным вы себя чувствуете, когда полностью освобождаете свое дыхание... освободите дыхание полностью и удерживайте ровно столько напряжения, сколько вам нужно, чтобы чувствовать себя расслабленно и удобно, удобно и непринужденно. А теперь вдохните еще раз... задержите дыхание насколько сможете и затем отпустите, так же, как вы делали раньше... напрягаясь и освобождаясь... освобождаясь и расслабляясь... удерживая и отпуская. А теперь почувствуйте, как ваше дыхание становится легче и легче... все легче и легче... с каждым дыханием, вы освобождаетесь от напряжения, которое вам не нужно, и становитесь все более расслабленным, умиротворенным и расслабленным.

На самом деле у вас уже есть большой опыт по задержке и отпускании дыхания. Когда вы были ребенком и учились ходить, вы держались за стены, когда вам была нужна поддержка. Чем сильнее вы становились, тем более проворным и уверенным вы были... и как вы почувствовали, вы могли отпустить то, что делали... и вы могли освободиться от стен. Вам надо было за них держаться все меньше и меньше, в то время как вы становились все более уверенным в своих силах. Вы научились заставлять свои мышцы выполнять такие действия, которые ваше сознание хотело, чтобы вы выполняли. И сегодня, вы можете ходить самостоятельно. Вы можете самостоятельно говорить. Вы можете стоять на своих собственных ногах и принимать для себя решения. И сегодня, вы можете стать более уверенным в своих способностях чувствовать гипноз, по мере того как вы чувствуете, что удерживаете и отпускаете... освобождаетесь и расслабляетесь.

И, с вашего разрешения, теперь мы начнем с верхушки вашей головы, и я хочу попросить вас напрягать и расслаблять различные мышцы тела, чтобы помочь вам расслабиться и насладиться ощущением гипноза. Хотите ли вы это сделать? ***[Если ответ «да», продолжаем следующим образом.]*** **Помните, если вам нужно удерживать напряжение, удерживайте, но ровно столько, сколько вам нужно, чтобы поддерживать жизненные функции вашего тела. Когда вы отпускаете напряжение, вы даете себе привилегию почувствовать себя таким расслабленным и непринужденным, каким вы хотели бы быть... каким вы можете быть. В любое время, если вам понадобится какое-нибудь особенное напряжение, оно появится, чтобы вы могли говорить, ходить, открыть глаза или делать все, что вам нужно.**

В то время как вы освобождаете мышцы верхней части тела, от вашей талии вверх, почувствуйте, как напряжение вытекает из ваших пальцев и как расслабляется ваше тело, но только столько, сколько нужно. ***[Следуйте общей процедуре расслабления, как в предыдущей технике.]*** **В то время как мы будем продвигаться по мышцам в нижнюю часть вашего тела, вы почувствуете, как напряжение вытекает через пальцы ваших ног.** ***[После того, как все группы мышц тела расслаблены, продолжайте делать другие внушения по мере необходимости.]***

ДРУГИЕ ТЕХНИКИ НАВЕДЕНИЯ

Следующая техника наведения представляет собой внушения, вызывающие буквально шаг-за-шагом нарастающее расслабление тела, в то время как участник по инструкции мысленно воображает, как он спускается с лестницы.

Лестница

Теперь вообразите себя на верху великолепной лестницы с десятью ступенями, ведущими к ее основанию. Когда вы достигнете основания, я полагаю, вам будет очень интересно узнать, до какой степени расслабленно, защищенно и безопасно вы себя почувствуете. И как вы вероятно догадались, через несколько мгновений я попрошу вас начать спускаться вниз по

лестнице... и с каждым моим счетом — не стесняйтесь и делайте один шаг по лестнице вниз. Хорошо и глубоко вдохните, полной грудью, и дышите, наполняясь и расслабляясь. Хорошо, теперь еще раз вдохните, и смотрите, как успокаивающе действует то, что можно почувствовать. Успокаиваясь, по мере того как вы просто медленно дышите, почему бы не узнать, как с каждым шагом вниз по лестнице ваше тело будет расслабляться больше и больше, все больше и больше. Конечно, сейчас ни вы, ни я не знаем, насколько вы расслабитесь, насколько глубоко вы пройдете, но даже это не имеет значения... все, что имеет значение — это то, что вы чувствуете себя удобно и непринужденно... удобно и непринужденно.

Хорошо, я собираюсь начать считать, сопровождая вас вниз по лестнице, глубже и глубже в самое приятное душевное состояние, самое комфортное состояние вашего существа, спокойное и непринужденное, расслабленное и защищенное. На самом деле правда в том, что... вы абсолютно ничего не должны делать, на самом деле... Только слушать мой голос. Позвольте моему голосу сопровождать вас.

Один... один шаг вниз по лестнице. В то время как вы идете вниз по лестнице, позвольте своим ступням расслабиться, почувствуйте разливающееся спокойствие. У вас много времени.

Два... позвольте своим ногам расслабиться. Вы чувствуете себя более расслабленным, чем когда спите, или может вы предпочитаете совсем не думать? Все более глубокое спокойствие и ощущение полной безопасности.

Три... три шага вниз по лестнице... Может вы почувствуете, как расслабляются ваши бедра? Может вы почувствуете, как с каждым дыханием отпускаете себя еще немного больше, может вы чувствуете волны нежного расслабления, или вы совсем не думаете, а только чувствуете себя открытым и воспринимающим? Вы чувствуете себя более тяжелым и теплым или у вас легкое парящее чувство?

Четыре... Может вы позволите мышцам вашего таза расслабиться? У вас много времени. Вы чувствуете себя столь же расслабленно, как если бы вы очень устали и готовы были провалиться в сон, или так же расслаблено, как вы чувствуете себя, очнувшись от глубокого, нормального сна?

Пять... пять шагов вниз по лестнице. На полпути вниз. Может у вас появилось ощущение спокойствия в области живота? Вы хотите испытать более глубокий уровень гипноза, открытость

к идеям, восприимчивость к образам, чувствуя в себе уверенность и полностью владея собой, зная о своих возможностях? Или вам сейчас настолько удобно на вашем уровне гипноза, что вы хотите только сохранить это ощущение легкости и отсутствия усилий? Знаете, вы не должны ничего делать, если вам этого не захочется, кроме как устроиться еще поудобнее.

Шесть... вниз по лестнице. Шесть шагов вниз по лестнице... Может вы чувствуете, как спокойное, легкое чувство поднимается к вашей груди? Может вы чувствуете, как некоторые части вашего тела догоняют другие части, которые еще более расслаблены?

Семь... вниз по лестнице. Может вы чувствуете, как расслабляются ваши руки? Ничто не нарушает, ничто вас не беспокоит. Может вы чувствуете, как замедляется время? Вы считаете, что готовы пойти еще глубже? Хотели бы вы стать еще более спокойным и защищенным внутри себя? И все же это не имеет значения, только то, насколько глубоко расслабленно и легко вы себя ощущаете, и только то, что вам удобно.

Восемь... восемь шагов вниз по лестнице. Почти у основания... скоро вы достигнете того места, где почувствуете себя так удобно и безопасно, и так легко. Может вы чувствуете, когда дышите, тихую, бесшумную точку между вдохом и выдохом? Может вы ощущаете, как тихо и безмолвно у вас внутри? На самом деле я не знаю, и на самом деле это не имеет значения, потому что скоро вы достигнете вашего особого места, где вы так глубоко сосредоточены внутри себя.

Девять... девять шагов вниз по лестнице. Может вы осознаете, насколько расслабленно чувствуют себя ваше лицо и глаза, или вы — в мечтательном настроении и возможно не думаете вовсе?

Десять... десять шагов вниз по лестнице. Вы прибыли! Чувствуете себя так приятно... так расслабленно... так удобно и легко.

Закрывание глаз

Техника наведения с помощью закрывания глаз — простая разновидность наведения расслабления. Вместо того, чтобы попросить пациентов закрыть глаза, их просят пристально смотреть на цель. Терапевт может предоставить цель или попросить, чтобы пациенты выбрали в качестве цели точку на стене или на потолке, предпочти-

тельно несколько выше обычного поля зрения, так чтобы вызвать некоторое зрительное напряжение.

Пациенту можно сказать следующее:

По мере того, как вы начнете входить в гипноз, вы будете чувствовать, как ваши глаза становятся усталыми и тяжелыми, такими тяжелыми, что они почувствуют желание закрыться сами собой. Вы заметите, что, чем больше вы сосредотачиваетесь на тяжести своих век, в то время как вы пристально смотрите на цель, тем тяжелее становятся ваши веки. Это демонстрирует один из принципов внушения: если вы фокусируетесь на том, что вам внушают, и уделяете пристальное внимание тому, что вам внушают, вы можете более легко ответить на внушение. И почему бы вам не посмотреть, насколько усталыми могут стать ваши глаза, в то время как ваше тело все более и более расслабляется, в то время как вы замечаете, что сами начали дышать чуть более легко и более непринужденно, в то время как ваше дыхание замедляется, чтобы дать телу отдохнуть, и как ваши глаза хотят закрыться сами собой, так чтобы вы могли лучше отдохнуть... и расслабиться... и почувствовать себя еще более удобно. Разве это не будет для вас приятно, закрыть глаза... и позволить всему вашему телу полностью расслабиться... разве это не будет так замечательно, расслабиться полностью... совершенно расслабиться.

Если глаза пациента не полностью закрылись после этих слов, вставьте дальнейшие внушения для тяжести век и их закрывания в типичные инструкции на расслабление и контролируйте пациента на появление таких признаков, как мигание, опускающиеся веки или слезящиеся глаза. Отметьте их вербально, как будто они доказывают, что пациент успешно входит в гипноз:

Ваши веки начинают опускаться... веки тяжелеют и тяжелеют... все более и более усталые... они закрываются сами по себе, по мере того, как вы все более глубоко погружаетесь в гипноз.

Если глаза пациента не закрылись после того, как были сделаны предыдущие внушения, терапевт может дать пациенту директиву: «А теперь, пожалуйста, закройте свои глаза, чтобы вы могли более полно насладиться опытом гипноза и могли лучше вообразить и воспринять внушения, которые я вам сделаю. Да, пожалуйста, теперь закройте свои глаза. Так, хорошо».

Левитация руки

Внушения для левитации руки можно давать пациенту с целью демонстрации того, как внушения могут приводить к различным поведенческим ответам. Пациенту говорят, что одна его рука становится легче и легче, и что скоро она может стать настолько легкой, что поднимется в воздух. Эти внушения можно объединять с инструкциями на расслабление и с процедурой закрывания глаз, описанными ранее. Далее приводятся примерные внушения, которые можно давать пациентам для вызывания левитации руки:

Я хотел бы, чтобы вы испытали, как размышление о действии может привести к самому интересному гипнотическому ответу. Все, что вы должны сделать, — это думать и представлять себе, вместе с тем, что я внушаю, и делать это самым лучшим образом, чтобы почувствовать то, что я внушаю вам... мысленно сопровождать то, что я внушаю, и поднять руку в ответ на внушение, которое я вам дам, чтобы она стала легкой... чтобы всплывала... мягко... и позвольте своему телу испытать в этом процессе удобное чувство расслабления. Теперь, если бы в моей руке был воздушный шар с гелием, я знаю, что она ощущала бы себя очень-очень легкой, точно так, как если бы ей хотелось подняться над ручкой кресла. Было бы очень интересно на это посмотреть. И разве это не здорово, вообразить себе, что был такой прекрасный день, дул нежный ветерок и что к вашему запястью прикрепили яркий цветной воздушный шар, наполненный гелием? К запястью одной руки? Возможно, когда я упоминал прекрасный день, вы могли начать рисовать его в своем воображении... облака, принимающие форму в небе........ приятное солнечное тепло на вашей коже... зеленая трава... звуки жизни... чудные запахи, в то время как вы глубоко, расслабленно дышите. Хорошо. Глубокое, расслабляющее дыхание. И если вы посмотрите вниз, на свои ладони и на запястья... своим мысленным взором... возможно, вы сможете увидеть, что воздушный шар привязан к вашему запястью... такой... длинной... нитью. Я не уверен точно, какого цвета воздушный шар. Это — ваш воздушный шар. Но мне интересно, и может вы захотели бы поделиться со мной цветом воздушного шара? Если да, пожалуйста, скажите мне цвет. ***[Если «да», продолжайте следующим образом.]*** **Ах, это — такой хороший...** ***[красный]*** **шар.**

Вы можете его почувствовать? Он такой легкий, чрезвычайно легкий, что начинает подтягивать вас за запястье... Может вы теперь

чувствуете, как он начинает поднимать ваше запястье над ручкой кресла, в то время как его уносит ветер... наблюдайте за воздушным шаром... Видите, он танцует в небе? Почувствуйте, как воздушный шар поднимает эту руку вверх... выше... рука начинает подниматься все выше и выше... над ручкой кресла... почувствуйте, какой легкой становится ваша рука... как она просто хочет подняться... поднимается... поднимается вверх... пусть это случится... продолжайте это... если вам нужно, помогите руке следовать за воздушным шаром в небе... позвольте ей подняться к воздушному шару... будто вы хотите обменяться рукопожатием с воздушным шаром... забавно, да?., пусть она движется вверх и вверх, и вверх... легче... поднимается выше и выше... очень хорошо.

Самогипноз

Т. Барбер (1985) утверждал, что большинство гипносуггестивных процедур можно справедливо определить как самогипноз (см. также Огпе & McConkey, 1981; Sanders, 1991). Мы с этим согласны. В конечном счете, пациенты ответственны за создание соответствующих внушениям образов, переживаний и поведения. После того, как пациенты научатся управлять своим гипнотическим опытом, для них становится возможным тренироваться в применении гипнотических техник во многих реальных жизненных ситуациях и поверить в успех, которого они достигнут. Среди других преимуществ, характеризующих самогипноз, — обход сопротивления и страхов, связанных с нахождением под управлением другого человека, страха того, что не будешь понимать или осознавать, страха раскрыть секреты или не выйти из транса. Применяя самогипноз, пациент может стать активным действующим лицом и во время терапевтического сеанса и вне его, а терапевт может занять подходящую роль тренера, помощника или советника, а не авторитарной фигуры. Самогипнозу чаще всего обучают при первом введении пациента в традиционные (гетерогипнотические) методы, затем его поощряют принимать на себя все более возрастающую ответственность для разработки внушений, соответствующих достижению терапевтических целей (Hammond, 1992; Lynn, Kirsch, & Rhue, 1996). Это может быть сделано следующим образом:

Помните, как вы учились ездить на велосипеде? Если в этом вы были на меня похожи, то сначала вы, возможно, задались

вопросом, а можете ли вы вообще этому научиться... и сможете ли вы получать удовольствие от езды на велосипеде. Катясь вперед, без усилий, чувствуя мягкий ветерок. И через некоторое время вы узнали, что сможете. И вы могли даже ехать, встав на седло, и чувствовать ветер в волосах и удовольствие от движения... в своем собственном темпе... двигаясь туда, куда вам хотелось, куда вы выбрали. И разве вам не становилось легче и легче, так что через некоторое время уже даже не надо было задумываться об управлении, но при этом вы знали, что управляете тем, куда вы едете и как туда попадете? И, знаете, с гипнозом - все то же самое. Вы используете гипноз; вы идете в направлении своего выбора. Вы решаете, ответить или нет, сотрудничать или нет, воображать или нет, заставить внушение показаться реальным. И это становится все легче и легче, точно так же как езда на велосипеде. После того как мы потренируемся, и я буду давать вам внушения поначалу, вы поймете, что весь гипноз - это самогипноз. Вы заставляете его происходить, вы создаете опыт для самого себя. *Я* не могу сделать этого за вас. И вы тоже можете придумывать полезные внушения, сделанные специально для вас. Сделанные только для вас и вами. Я могу помочь, если захотите, но и вы тоже можете это сделать. В конце концов, вы знаете себя лучше, чем я вас. Но пока только расслабляйтесь, устраивайтесь поудобнее, и я дам вам некоторые внушения, которые вы можете заставить показаться реальными... реальными для вас, в вашем собственном сознании, вашим собственным способом, как мы обсуждали, когда я знакомил вас с идеей гипноза. И после этого, после того, как вы испытаете для себя гипноз, вы можете начать придумывать свои собственные внушения, которые смогут помочь и будут помогать вам в достижении ваших целей, только для вас, ваши внушения. Не мои, а ваши. И еще мы сможем работать вместе, изобретать внушения, и эти внушения могут быть нашими.

В этих рамках мы поощряем пациентов записывать ясные, конкретные (например, как они хотели бы думать, чувствовать и действовать в данной ситуации и вообще) внушения и развивать сценарии, совместимые с их целями, которые могут соединяться с сессиями самогипноза и с их повседневной жизнью. Внушения и сценарии можно записывать на десяти- и двадцатиминутную пленку, которую можно прослушивать перед тем, как пациент вхо-

дит в самогипноз, регулярно или по мере необходимости. После периода испытаний, когда будут найдены лучше всего работающие внушения, можно будет сделать более короткие, более сфокусированные и настроенные пленки, записанные голосом пациента или терапевта — по желанию пациента. В любом случае, пациента следует поощрять регулярно интегрировать полезные внушения с внутренним диалогом или с разговором с самим собой.

Техники углубления

Бывают случаи, когда терапевту хотелось бы, чтобы пациент чувствовал себя более глубоко загипнотизированным, например, когда оказывается, что у пациента есть трудности с достижением желаемого терапевтического эффекта. В подобных случаях краткая углубляющая процедура может подействовать как катализатор, позволяя пациенту испытать опыт, которого раньше достичь было нельзя.

Техники углубления гипноза и компоненты гипнотических наведений взаимозаменяемы, единственное различие между ними — это время, в которое они используются. Например, простую процедуру счета, подобную той, что приводится далее, можно использовать для углубления субъективного опыта гипноза:

> **И с каждым счетом вы можете медленно погружаться все более и более глубоко в гипноз... вы можете идти глубже и глубже... и так как вы идете даже еще глубже, это поможет вам продвигаться ближе и ближе к пониманию своих целей... чтобы испытать все, что вы хотите испытать. Один... глубже и глубже в гипноз... еще глубже... вы все более и более расслаблены... Два... вам все более и более удобно... Три... Четыре... глубже и глубже... разве это не приятно, позволить себе расслабиться еще больше? Хотели бы вы испытать гипноз еще более полно? Чувствовать себя еще более спокойно и легко? Пять... на полпути туда... Шесть... Может вы чувствуете себя еще более защищенно... безопасно... Семь... еще глубже чем прежде... настолько глубоко, что вы можете испытать все, что пожелаете... подумайте обо всем, что вы можете поведать об опыте гипноза... или возможно вы даже не должны думать, чтобы пойти глубже и глубже... просто это происходит совершенно естественно... восемь... девять... десять...**

очень глубоко теперь... очень глубоко... вы полностью поглощены... поглощены полностью.

Годится любая метафора, подразумевающая прогрессивное углубление ответа. Например, ранее описанное наведение «Лестница» можно легко изменить так, чтобы участник с каждым шагом по лестнице вниз погружался «в два раза глубже». Во время того, как пациенты «спускаются» по лестнице в своем собственном темпе, они могут сказать словами, на какой ступеньке находятся, и не перемещаться на следующую, пока не погрузятся вдвое глубже, чем на предудущем шаге. Или пациенты могут выбрать любимую ступеньку, чтобы присесть на ней — там, где они чувствуют себя наиболее удобно и безопасно.

Или вы можете попросить пациента вообразить, как он сидит на берегу, наблюдая за волнами, и чувствует, что погружается в гипноз глубже и глубже, по мере того как от берега откатывается каждая волна, за которой он наблюдает, или как он сидит у водоема или озера и бросает мелкую гальку в воду. Каждая галька оставляет на воде маленькие концентрические расходящиеся волны, которые создают ощущение покоя и расслабления. Когда волны полностью сливаются с водой, вы можете попросить пациента бросить в воду другую гальку и погружаться глубже и глубже с каждой брошенной галькой и каждой волной, расходящейся наружу и сливающейся с водой. Через некоторое время внушите клиенту, что он, возможно, слишком расслаблен, даже чтобы бросить в воду другую гальку, хотя мог бы, если бы действительно захотел. Конечно, может быть, он предпочел бы только целиком наслаждаться пребыванием в этом замечательном месте комфорта и безопасности.

Простых инструкций для того, чтобы пациент стал более глубоко загипнотизированным, будет вполне достаточно:

А теперь я хотел бы, чтобы вы стали еще более глубоко загипнотизированным... более глубоко, чем прежде. С каждым своим дыханием вы можете стать все более и более глубоко завороженным... настолько глубоко, что вы будете в состоянии сделать все, что вам сегодня нужно сделать в гипнозе... чего бы вы ни захотели... глубже и глубже... так глубоко, чтобы испытать все, что вы захотите испытать.

Постгипнотические внушения

Подготовка к последующим сессиям

Прежде, чем закончится начальная сессия гипноза, полезно подготовить пациента к последующим сессиям так, чтобы сократить время, необходимое для вызывания гипноза. Этого можно достичь двумя способами. Во-первых, можно сказать пациентам, что по мере практики гипноз испытывать легче, так что с каждым разом испытывая гипноз, они обнаружат, что им все легче и легче стать загипнотизированными, и будут входить в гипноз все быстрее и быстрее.

Можно сделать внушения по следующим направлениям:

Как и многое другое, по мере практики ваш ответ на гипноз будет улучшаться. Каждый раз, когда вы тренируетесь расслабляться, это становится легче. Каждый раз, когда вы испытываете гипноз, ваша способность его испытывать улучшается, и вы сможете получить более полный опыт гипноза... испытать еще большее расслабление и пойти глубже и глубже в ваш гипноз. Это приятно, не так ли? И вы можете входить в гипноз все быстрее и быстрее... все более и более быстро и легко.

Во-вторых, постгипнотическое внушение можно давать, устанавливая реплику или сигнал для быстрого соединения с гипнотическим опытом. Например:

С этого времени и дальше для вас будет очень легко входить в гипноз, когда вы этого захотите. Фактически, мы собираемся установить реплику, которая позволит вам немедленно стать загипнотизированным. Мы можем использовать любое слово или фразу, которая вам нравится. Мне интересно, есть ли у вас какое-то особое слово или фраза, которая может символизировать для вас этот опыт... или вы предпочитаете, чтобы я предложил фразу. *[Пациент или вран выбирают* фразу.] Хорошо! С этого времени слова *гипноз сейчас* станут сигналом войти в состояние гипноза. Но интересно то, что это будет работать только, когда я произнесу эти слова и когда вы захотите стать загипнотизированным. Если вы хотите войти в гипноз и я произношу слова *гипноз сейчас,* вы немедленно становитесь глубоко погруженным в гипнотический опыт. Но этого не произойдет, если кто-то другой скажет эти слова. Если вы услышите эти слова в нормальной

беседе, то они совсем не будут иметь никакого эффекта. И они не будут работать, если вы не захотите испытывать гипноз. Но если я скажу «гипноз сейчас» и если вы готовы быть загипнотизированным, вы будете в состоянии войти в гипноз немедленно или на своей собственной, удобной для вас скорости.

На последующих сессиях, как только пациенту станет удобно и он покажет свою готовность начать гипноз, терапевт произносит слова «гипноз сейчас» — или отдельно, или вложенными во фразу: например, «вы можете войти в *гипноз сейчас»,* подчеркивая слова реплики так, чтобы сигнальное значение не потерялось.

Постгипнотическое внушение: установка якоря

Техники якорения — это легкие способы перенести то, что изучено на сессии, в обычную жизнь. Физические сигналы для расслабления или активация конкретного внушения относительно ненавязчивы и легки в осуществлении, как например:

Есть ли у вас в теле какое-нибудь напряжение, пусть даже небольшое, которое вы хотели бы сейчас отпустить? Если у вас есть хоть немного остаточного напряжения, которое вы хотите отпустить, чтобы расслабиться еще более полно, тогда сожмите кулак. Вот так. Сделайте кулак сильным. Хорошо. Сильный кулак. Теперб просканируйте свое тело — с головы до пальцев ног. Осознайте любое напряжение, которое осталось, которое вы хотели бы выпустить... освободить... потому что оно вам не нужно теперь, не так ли? А теперь вы можете кое-что сделать — вам будет интересно. Посмотрите, можете ли вы собрать все это напряжение в руку и сделать свой кулак еще более сильным за счет напряжения, что вы собрали. Возьмите свое напряжение и преобразуйте его в чувство силы. Сильный и мощный кулак. Кулак силы. Эта сила, которую вы можете чувствовать, напомнит вам, что сила находится внутри... сила — внутри. И в то время, как вы разжимаете кулак, вы отпускаете... вы больше узнаете, как удерживать и как отпускать. И по мере того как вы учитесь, возможно, вы замечаете кое-что очень интересное... вы замечаете, что можете освободить любое и все напряжение, которое находится внутри вашего тела и которое вам не нужно. И что вы можете быть сильным, не будучи напряженным вообще. Скажите сами себе, сила — внутри... и если хотите... расслабляйтесь все боль-

ше и больше. Почувствуйте, как всему вашему телу становится все более и более удобно, по мере того как вы становитесь все более созвучны с силой, которая внутри вашего тела, силой, к которой вы можете получить доступ в любое время, когда захотите... и поскольку вы узнаете об этой силе еще больше, вы можете расслабиться и чувствовать себя комфортно... если хотите расслабиться... в той степени, в которой вам это удобно.

А теперь я хотел бы внушить вам, что такое чувство силы, объединенное с расслаблением, может возникнуть у вас в любой момент, когда вы захотите. Вы можете установить сигнал или то, что я называю якорем, чтобы напомнить себе в любой ситуации, что вы можете оставаться сильным, даже тогда, когда расслабляетесь. Все, что вы должны сделать вместо сжимания кулака, это просто соединить большой и указательный пальцы таким способом, который никто не заметит... никто, кроме вас... На самом деле вы замечаете, что, когда вы соединяете свой большой и указательный палец вместе, как вы делаете это сейчас, то можете вспомнить, на что это было похоже, быть расслабленным, чувствуя силу. Вы можете ощущать себя расслабленным и сильным после вашего гипноза. И вы можете делать это быстро и легко. По мере тренировки у вас будет получаться все лучше и лучше. Вы устанавливаете свой якорь и чувствуете, что успокаиваетесь... успокаиваетесь... вы можете быть очень активны, подвижны и можете себя успокоить... смягчить себя... перевести себя в удобное, расслабленное состояние... даже когда вы полностью активны, подвижны и живете своей обычной жизнью после нашего сегодняшнего гипноза. ***[Теперь закончите процедуру гипноза.]***

Установка множественных сигналов

Сигнал якорения можно привязать к внушению чувства, мысли или действия, которое произойдет в будущем. Хаммонд (1992) рекомендовал следующий формат: «Когда я почувствую__________, я буду______ ». Он замечает, что к постгипнотическим внушениям можно присоединить много различных сигналов, в том числе визуальных (напр., «Когда я увижу, что человек курит, я напомню себе, что курение вредно для моего здоровья»), звуковых («Всякий раз, когда я услышу________________ по радио, я перечислю пять причин не курить»), мысленных («Когда я подумаю, что мне нужно покурить, я представлю себя в образе некурящего») и физических ощу-

щений и эмоций («Когда я почувствую, что меня тянет закурить, я скажу себе, что эта тяга пройдет»). Каждое из этих внушений может быть заякорено с ощущением силы и решением сопротивляться любой тяге к курению.

Завершение гипноза

Завершение сеанса гипноза еще легче, чем наведение. Можно закончить гипноз, просто сказав пациенту «теперь пробудитесь» или «вы можете выйти из гипноза, как только будете готовы». Часто используется краткая процедура отсчета, которую произносят все более и более энергичным тоном, как например:

> **Сейчас я буду считать в обратную сторону от пяти, и с каждым счетом вы будете становиться все более и более подвижным и энергичным. При счете один вы сможете открыть глаза. При счете ноль вы будете полностью подвижны и очень активны, чувствуя себя лучше, чем раньше — до того, как мы начали. Пять... четыре... три... почувствуйте энергию, которая вливается в вас... два... один... откройте свои глаза... ноль... вы очень активны.**

Убедитесь, что ваш пациент полностью пробужден, прежде чем он покинет ваш кабинет.

В следующей главе мы представим гипнотические техники и стратегии, которые, наряду с описанными здесь элементарными наведениями и внушениями, являются основой использования гипноза в качестве дополнительного лечения.

5

ТЕХНИКИ КАТАЛИЗАЦИИ В ДОКАЗАТЕЛЬНО-ОБОСНОВАННОЙ ТЕРАПИИ

В этой главе мы описываем методы, которые должны быть в распоряжении клиницистов для разработки индивидуально подобранных вмешательств, основанных на доказательно-обоснованных принципах и процедурах. В последующих главах мы обратимся ко многим вытекающим из них техникам или к их вариантам, которые используются в терапии курения, нарушений пищевого поведения, депрессии, тревоги, посттравматических стрессовых расстройств, боли и других состояний.

СОДЕЙСТВИЕ ОЩУЩЕНИЮ БЕЗОПАСНОСТИ И ЗАЩИЩЁННОСТИ: БЕЗОПАСНОЕ МЕСТО

Внушения, направленные на то, чтобы участники почувствовали себя в безопасном и защищенном месте, были описаны в терапии многих расстройств и состояний, таких как нарушения пищевого поведения, боль, сексуальное насилие и диссоциативные расстройства (см. Lynn, Kirsch, & Rhue, 1996; Rhue, Lynn, & Kirsch, 1993). Внушения по следующим направлениям могут быть вложены фактически в любую гипнотическую индукцию:

И теперь вы можете почувствовать себя в удобном и защищенном месте, спокойном и безопасном. Особом месте. Возможно, вы один, наслаждаетесь видами и звуками в этом месте... вы очарованы всеми возможностями... всем, что можете здесь ощутить...

Возможно вы — с кем-то еще... возможно, вы уже были в этом месте когда-то в прошлом, или возможно вы создаете его в своем воображении... Я не знаю. Вы знаете, но на самом деле это не имеет значения. Все, что имеет значение, это чтобы вам было удобно... удобно и легко. Почувствуйте это особое место. Теперь мысленно отправьтесь туда, в своем воображении... идите, если вы еще не там... приближайтесь к этому месту, если вы еще не приблизились... почувствуйте его... ощутите мир... спокойствие...

Вы имеете право находиться в этом особом месте... чтобы насладиться им... чтобы побыть там... вы этого заслуживаете... идите теперь туда... наслаждайтесь вашей возможностью почувствовать себя в безопасности в этом особом месте... двигайтесь к нему... или, возможно, пусть оно притянет вас так мягко... будто магнитной силой. Не правда ли, это успокаивает и расслабляет, чтобы чувствовать себя так удобно, так приятно... так хорошо... дыхание легкое... вам удобно... спокойно... свободно, легко... вдох... и выдох... вдох... и выдох. В то время как вы вдыхаете и выдыхаете, позвольте себе почувствовать себя еще более безопасно и еще более защищенно... позвольте этому случиться... разве это не приятно? Комфортно и спокойно... расслабленно и безмятежно... безопасно и защищенно... свободно... довольно приятно... довольно хорошо... здесь никому не нужно нравиться... защищенно... свободно... спокойно... это приятно, правда?

И это хорошо, не так ли, почувствовать, как в этом месте оживают ваши чувства... зрение и осязание, вкус, слух и ощущение себя? В этом месте вы можете быть самим собой... ничто не беспокоит вас, ничто не нарушает вашего спокойствия... глубже и глубже, все удобнее и удобнее... все более и более защищенно, все глубже и глубже в гипноз... глубже и глубже, в то время как вы узнаете все больше и больше, что чувствуете себя безопасно и защищенно. Безопасно и защищенно, спокойно... и свободно...

Следующие внушения можно использовать для того, чтобы распространить полученные терапевтические результаты за пределы гипнотической сессии:

Хотите ли вы взять то, чему вы научились, и то, что поняли в этом особом месте, с собой? Хотите ли вы брать их с собой везде, куда вы пойдете? Всюду, где вы находитесь? Сделать их частью себя? Если вы хотите это сделать, пожалуйста, чувствуйте себя свободно... пожалуйста, чувствуйте себя свободно... свободно и

легко... легко и свободно. Это было бы замечательно, не так ли? Хотели бы вы разрешить себе чувствовать себя более защищенным, в то время как вы идете по жизни? В то время, как вы шагаете по своему пути... куда бы вы ни шли? Хотели бы вы узнать все больше и больше о том, как это сделать... о том, что вам нужно... о том, как позаботиться о себе? Возможно, вы так расслаблены и непринужденны, что хотите только наслаждаться этим особым местом и знать, что можете взять с собой все, что вы узнали и почувствовали. А теперь идите глубже и глубже... глубже и глубже...

ВЫСТРАИВАНИЕ ГРАНИЦ ЗАЩИЩЁННОСТИ И СПОСОБНОСТЬ К ПРИНЯТИЮ РЕШЕНИЙ: ПУЗЫРЬ

Когда один из наших пациентов мысленно представил себе, что достиг основания лестницы (при наведении «Лестница»), он должен был вообразить, что входит в целительную и защитную капсулу витамина Е. Признаем, что некоторым участникам такая ситуация — находиться в капсуле витамина Е — может показаться немного липкой. Ниже мы приводим адаптированные нами внушения из книги Д. Брауна (1992), которые достигают той же цели - помочь участнику почувствовать, что он владеет и управляет своими личными и межличностными границами.

Хотели бы вы почувствовать, как это — быть защищенным, быть в безопасности и управлять собой? *[Если ответ «да», продолжаем следующим образом.]* **Хорошо. Я хотел бы попросить вас представить, что вы находитесь в пузыре, где чувствуете себя защищенными и управляете собой. Хотите попробовать?** *[Если ответ «да», продолжаем следующим образом.]* **Хорошо. Возможно, пузырь раскрашен и переливается всеми цветами радуги, или он может быть прозрачным. Пузырь может быть плотным, но все же удобно прилегает к вам, или он может быть большим и в нем есть место для целой комнаты. Возможно, вы чувствуете себя мягко и легко плывущим в этом пузыре, вы плывете легко и свободно... так легко и свободно... совершенно удобно, потому что у вас в пузыре безопасно... вам безопасно в своем пузыре.**
В своем пространстве. Это — ваше пространство. Вы управляете

тем, что происходит в вашем пространстве... тем, что происходит внутри вашего пузыря... вашего пузыря безопасности. Вы чувствуете себя удобно... вы управляете собой. Это замечательно — позволить себе наслаждаться этим чувством, не так ли? Это удивительно, что пузырь может подняться вверх? А может опуститься вниз. Он может двинуться в сторону, левую или правую. Вы можете принять левое решение или правое решение. Вы управляете этим пузырем. Вы можете даже управлять тем, насколько этот пузырь толстый... толстый или тонкий... тонкий или толстый... вам решать.

Вы можете позволить людям войти внутрь... или можете не пустить их... Это - ваше решение. Ваше решение... вы решаете... В пузыре вы можете подойти к людям поближе или можете держаться на расстоянии... Это — ваше решение. В пузыре вы можете поделиться своими чувствами с другими или можете держать свои чувства при себе... Это — ваше решение. Находясь в пузыре, вы можете сказать «да» или можете сказать «нет»... Это — ваше решение. Вы свободны решать. У вас есть право решать... «да» или «нет», «нет» или «да»... Вы можете решить теперь или можете решить позже... Нет никакой спешки. У вас много времени... времени много. Почувствуйте, как ваше чувство защищенности углубляется.

И с этим углубляющимся чувством управления, мне интересно, хотите ли вы получить удовольствие, разрешив себе расслабиться еще больше? Хотите ли вы еще глубже погрузиться в гипноз... хотите ли вы насладиться ощущением, что вы плывете... или что вы сейчас пребываете в мире без всякой потребности хоть сколько-нибудь двигаться? Возможно, вам не надо никуда идти или что-то делать, чтобы почувствовать себя в еще большей безопасности и управляя собой... в безопасности и управляя собой. Теперь я замолчу примерно на одну минуту, чтобы позволить вам исследовать пузырь и то, насколько безопасно вы себя чувствуете внутри его защитной оболочки.

Да, больше и больше вы можете ощущать, что вы им управляете... Это приятно ощущать, не так ли? Да, и вы все больше осознаете свою власть решать, поскольку знаете, что вокруг вас удобная и гибкая граница и что вы... и только вы управляете... вы можете узнать еще больше о расширении границ своего пузыря... или их сокращении... в любое время, когда захотите. Я думаю, вам будет интересно узнать, что после гипноза вы сможете это

делать... вы сможете это делать... после гипноза вы сможете продолжать исследовать свои границы... ваши границы с людьми... вашу способность самостоятельно принимать решения для себя и для тех, о ком вы заботитесь... Будет приятно узнать, как сегодня после гипноза вы получите больше знаний, не так ли? Не правда ли, будет очень интересно узнать, насколько комфортно вам станет от понимания своих новых возможностей? Я уверен, что вы сможете ощущать себя более комфортно и защищенно в своей повседневной жизни, поскольку вы управляете, кого впускать и кого не впускать в свое пространство, и вы управляете тем, какие способы отношений с другими вы выберете в своей повседневной жизни, будучи уверены в своей власти над принятием решений, которое усиливает чувство вашей безопасности и защищенности.

ОБРАЩЕНИЕ К ВЫСШЕМУ Я: СОДЕЙСТВИЕ РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМ И УСТОЙЧИВОСТЬ К ФРУСТРАЦИИ

Внушения по типу высшего Я или мудрого внутреннего советника можно давать в соединении с образным представлением особого места или отдельно как независимые внушения. Следующие внушения предназначены для того, чтобы способствовать процессу принятия решений и выработать устойчивость к фрустрации. Эти внушения можно с легкостью объединить с образной репетицией действий по принятию решений, что мы и описываем в следующем тексте:

Вы можете создать сильную связь с той мудростью, что вы приобрели за время вашего обучения в этом особом месте, попробуйте получить ощущение того, что, я надеюсь, мы согласимся называть вашим высшим Я или вашим внутренним советником... воспользуйтесь временем, постарайтесь почувствовать связь с этой стороной самого себя... с этим высшим мудрым и рассудительным Я... с этим высшим Я, у которого есть власть для принятия правильных решений... для оценки ситуаций. Скоро вы заметите, что можете приблизиться к нему... ближе... ближе... еще ближе, по мере того как вы продвигаетесь к обретению этого высшего Я... Скоро вы обнаружите, что оно может

становиться сильнее и сильнее... в пределах вашей досягаемости... в пределах вашего понимания.

Я буду считать от одного до пяти. И с каждым счетом вы будете делать шаг по направлению к своему высшему Я — мудрому, сильному и способному принимать решения. С каждым счетом... с каждым вашим шагом... вы дышите глубоко, медленно и легко, по мере того как вы ощущаете, что можете продвигаться все ближе и ближе к вашему высшему Я. Правильно. Медленное, легкое дыхание. И я думаю, вы согласитесь, что теперь вам намного легче войти в контакт со своей способностью думать ясно... логически... спокойно фокусироваться... решать проблемы... и находить решения... когда вам спокойно и легко.

Один. Правильно... делайте свой первый шаг. Заметьте, что вы начинаете больше сосредотачиваться на вашем высшем Я... Почувствуйте, как распространяется ощущение внутреннего мира и спокойствия... спокойствия, сопровождающего этот внутренний мир. Наслаждайтесь этим чувством успокоенности... покоя. Ваш разум становится более ясным... более острым, по мере того как вы становитесь все более расслабленным и свободным. Ваша способность думать и рассуждать становится еще более сосредоточенной. Два. И с вашим вторым шагом, возможно, вы замечаете, как расслабленно вы себя чувствуете. Может вы чувствуете себя даже более расслабленно, чем когда спите? Может вы хотели бы отпустить какое-нибудь напряжение, которое вам не нужно, в то время как вы идете все глубже и глубже?., глубже и глубже, по мере того как вы продвигаетесь, чтобы обнаружить более высокое проявление своего существа? Ваше дыхание такое же расслабленное и устойчивое, каким вы и хотели, чтобы оно было? Может вы хотели бы идти еще глубже? Продвигайтесь ближе... еще ближе. И три... делайте третий шаг. Узнавайте... все больше и больше... все больше и больше... с каждым дыханием. У вас масса времени. Ваше высшее Я, как магнит, мягко притягивает вас к себе. Хотели бы вы узнать еще больше о вашем высшем Я, открыть, почувствовать еще больше его сторон? Да? Тогда совсем близко подойдите к вашему высшему Я... войдите в контакт со своей способностью продумывать проблемы... просчитывать альтернативы... справляться с фрустрацией. И четыре... сделайте свой четвертый шаг. Да. Вы — почти там. Почти касаетесь той более

высокой части самого себя, вы с ней почти одно. Только вдохните... вот так. Вдох и... выдох... На самом деле вам ничего не надо делать, ничего, что может побеспокоить вас, ничего, что может повредить вам, в то время как вы обращаете внимание внутрь себя, чтобы обрести мир и покой, и — вместе с тем — способность фокусировать свой разум. И пять... с этим пятым шагом вы входите в контакт со своим высшим Я... с мудростью, которую вы накопили за всю свою жизнь... вы находитесь в контакте со своей способностью оставаться спокойным и сосредоточенным... со своей способностью думать ясно и сохранять спокойствие... сохранять спокойствие... оставаться в равновесии... оставаться сосредоточенным... даже когда вы испытываете напряжение... позвольте себе знать о своих чувствах... и все же не думайте о своих чувствах. Ведь это полезно, когда вы продолжаете сосредотачиваться на своих целях, не так ли?

Да, вы *можете* продолжать сосредотачиваться, чтобы стать человеком, которого вы уважаете... человеком, которым вы хотите быть... когда вы думаете о том, чего хотите достигнуть... когда вы входите в контакт... получаете доступ... к этому высшему Я... когда вы думаете прежде, чем действуете. Когда вы разрабатываете стратегии... способы быть и действовать... думаете о возможностях прежде, чем действовать... Да, вы узнали, что это высшее Я находится внутри вас... что сила и мудрость, и власть — все это внутри вас.

Анекдоты и метафоры

Ранее мы отмечали, что *прайминг* (*предустановка)* — это способ усиления доступности понятия для выстраивания наборов терапевтических ответов. Анекдоты, истории и метафоры позволяют терапевту посеять в пациентах терапевтическое изменение в недирективной манере и активизировать понятия и идеи, совместимые с терапевтическими целями. Например, Эриксон (Rosen, 1982) рассказывал подробную историю о том, как именно дети учатся вставать и ходить, в качестве способа построения набора узнаваемых ответов и внушая пациентам, что они смогут выполнить трудные терапевтические задачи с помощью выполнения множества мелких задач. П. Браун (1993) заметил, что метафоры могут неявно структурировать опыт и определять ответы на события, часто без явного осознанного понимания.

Образная репетиция

Другое эффективное средство для предустановки и изменения доступности фактов в памяти — это попросить человека подумать о чем-то, представить себе нечто, мысленно репетировать и решать проблему в разных ситуациях возможными способами или объяснить гипотетические последствия. Гипноз можно использовать, чтобы усилить ожидания конкретного результата и оживить в памяти понятия и идеи, совместимые с позитивными результатами и несовместимые с негативными результатами (см. Sherman & Lynn, 1990). Когда суждения будут вынесены и решения приняты, тогда эти идеи станут самыми доступными и послужат основой для последующих действий (Sherman, Skov, Hervitz, & Stock, 1981).

Например, в когнитивно-поведенческой терапии, представленной в этой книге далее, мы опишем, как воображение негативных последствий курения и переедания и позитивных последствий обратного поведения способствует сопротивлению этим побуждениям. Образную репетицию часто используют для того, чтобы помочь пациенту подготовиться к ситуации, которой ему предстоит противодействовать в будущем. Мы приведем примеры того, как можно инструктировать пациентов:

(a) для предупреждения и подготовки к напряженным событиям;

(в) для вхождения в образную репетицию с помощью визуализизации себя на телевизионном экране, например, осуществляющим успешные копинг-стратегии; и

(c) для создания позитивного внутреннего диалога (например, «отличная работа», «молодец») для успешного осуществления стратегий.

Другая тактика, которую рекомендуют использовать сфокусированные на решении терапевты (Fish, 1996; de Shazer, 1985), должна направить внимание пациента к позитивным исключениям из проблемы (например, «Расскажите мне о ситуациях, когда вы не чувствуете тревоги»), тем самым предустанавливая адаптивные мысли и поведение. Предлагая пациентам вопросы, типа: «Как изменилась бы ваша жизнь, если бы вы сделали X?» или «Что вы должны были бы изменить в своей жизни, чтобы избавиться от страха публичных выступлений?», также можно усилить доступность адаптивных действий (Kirsch & Lynn, 1998).

Возрастная прогрессия

Образную репетицию и поиск исключений из проблемы можно проводить на фоне возрастной прогрессии: при этом пациентов просят представить себя в будущем, когда они уже решат свои проблемы, и обратить внимание на меры, которые они предприняли для улучшения своей жизни. Геверц (Gevertz, 1996) рекомендует технику, в которой пациентов просят вообразить, что они стоят между двумя зеркалами - при этом в расположенном перед ними зеркале представлено то, какими они хотят быть, а в расположенном сзади зеркале — какие они сейчас. По нашему опыту, большинство пациентов, когда им предоставляется выбор, шагают сквозь переднее зеркало и, как было внушено, становятся этим образом, описывая, как они изменялись, чтобы достичь своих целей, проходя в зеркале успешные испытания, и каждое испытание представляет все более и более отдаленное время в будущем. Пациентов можно также попросить переместиться во времени:

(a) с помощью лифта, поднимающегося по этажам, или настраивая каналы на воображаемом телевизоре, по которому пациенты наблюдают за разворотом событий, или с помощью чисел, соответствующих годам их жизни;
(в) с помощью лестницы, где каждый шаг вверх представляет собой следующий в будущем год, а каждый шаг вниз — год в прошлое;
(c) смотря в воображаемый хрустальный шар, в котором пациенты могут видеть свое будущее;
(d) наблюдая за событиями будущего на сцене; и
(e) продвигаясь на год вперед с каждым счетом гипнотизера.

На самом деле многим пациентам для возрастной прогрессии нужно немного больше, чем простое внушение «переместитесь в будущее».

Возрастная регрессия

Многие из тех же самых техник можно использовать, чтобы вызвать ощущение регрессии возраста в более ранние годы жизни (полезный обзор техник возрастной регрессии см. у Хаммонда — Hammond, 1990). Например, терапевт может попросить, чтобы пациент спускался вниз по лестнице, с каждым шагом опускаясь на год в прошлое, или попросить пациента наблюдать за событиями прошло-

го, разворачивающимися на сцене. Пациентам можно также сделать простое внушение «пойти назад по времени» (Yapko, 1993). Алден (Alden, 1995) описал интересную разновидность техники пузыря, в которой дается внушение «плыть назад к событию и рассмотреть его из безопасного пузыря» (с. 67). Независимо от того, какая техника используется, пациентов обычно просят мысленно воссоздать события или чувства, которые происходили последовательно в более ранние периоды жизни или сосредоточиться на конкретном событии определенного возраста, с внушением заново пережить это событие. Чтобы помочь пациентам справиться с тревогой во время возрастной регрессии к событиям детства, терапевт может, например, «идти рядом» с пациентами, чтобы дать им совет; также пациенты могут сами дать взрослый совет себе - ребенку, поскольку события разворачиваются в памяти, и пациенты могут использовать релаксационные процедуры с якорением, перемещенные в прошлое. Когда предстоит рассматривать напряженные события прошлого, бывает особенно полезно, если такому исследованию предшествуют внушения на переживание счастливого или радостного периода в жизни.

События во время возрастной регрессии могут быть непреодолимыми и для терапевта, и для пациента, но все же они не обязательно отражают исторические события. В документальном телевизионном фильме (Bikel, 1995) была показана сессия групповой терапии, где женщина регрессировала по возрасту через детство в утробу, и в конечном счете к тому моменту, когда она попала в ловушку в фаллопиевых трубах своей матери. Женщина убедительно продемонстрировала эмоциональный и физический дискомфорт, который можно было бы испытать, если действительно застрять в таком неудобном положении. И хотя она, возможно, верила в правдивость своего опыта, исследование показало, что ее регрессивные переживания были основаны не на воспоминаниях. Скорее участники экспериментов по возрастной регрессии ведут себя соответственно ситуативным сигналам и своим знаниям, представлениям и предположениям о поведении, уместном в данном возрасте. Согласно Нэшу (1987), регрессировавшие по возрасту взрослые не показывают ожидаемых по многим показателям развития паттернов, включая мозговую деятельность (что было зафиксировано с помощью электроэнцефалограмм) и визуальные иллюзии. Независимо от того, как они вызваны, переживания возрастной регресии не представляют

собой восстановленных буквально событий детства, детских способов поведения и ощущений себя.

Тем не менее, если не пользоваться техникой возрастной регрессии для того, чтобы восстанавливать точные воспоминания о прошлых событиях, она может быть очень полезной. Например, согласно нашему опыту, оказалось очень продуктивным предложить одной из пациенток повторно посетить хорошо запомнившееся ей прошлое событие, и исследовать, как она с ним справилась, чтобы еще лучше справляться с будущими событиями.

В последующих главах книги мы также приведем примеры того, как можно использовать возрастную регрессию во время когнитивно-поведенческой терапии на основе экспозиции, чтобы помочь пациентам привыкнуть к вызывающим тревогу стимулам и помочь изучить новые, адаптивные способы реагирования на события жизни, вызывающие стресс. Тем не менее, процедуры возрастной регрессии требуют большой осторожности. Например, некоторые люди не могут получить доступ к счастливому периоду своей жизни, и внушение возрастной регрессии может коснуться их чувствительных проблем и тревожащих воспоминаний, например, когда они испытали насилие или были каким-либо образом травмированы. Следует предпринять тщательную оценку семейной истории, ее динамики и травматичных событий, прежде чем производить внушение возрастной регрессии. При этом крайне важно, чтобы терапевт оценил вероятные последствия гипнотических процедур прежде, чем их применять.

Управление гневом и негативным аффектом: сжатый кулак

Некоторым пациентам, особенно находящимся в кризисе, требуется помощь в снижении негативного аффекта и физического напряжения, которое его сопровождает. Пациенты могут наблюдать за собой на воображаемом экране телевизора, пользуясь кнопками переключения или пультом дистанционного управления, чтобы управлять своими чувствами, или представляя себя «в командном управляющем центре» — в гипоталамусе мозга (см. Hammond, 1992), где они могут «отрегулировать определенные чувства с помощью компьютеров». Подобные образы могут помочь пациентам преодолеть сильные эмоции, особенно если образы объединить с внуше-

ниями для нахождения конструктивных решений проблем или ситуаций, вызывающих гнев. В технике сжатого кулака, которая приводится далее, сжимание кулака, которое многие люди связывают с гневом, может стать средством сдерживания и управления гневом или другими негативными эмоциями. Эта техника является разновидностью представленной ранее техники якорения, вызывающей создание кулака.

Просканируйте свое тело и отметьте все места, где вы чувствуете гнев *[или беспокойство и т.д.].* **Найдите такое место и войдите в контакт со своим гневом, зная, что вы сможете разрядить его и безопасно отпустить, не повредив самому себе или кому-нибудь еще, позволив гневу уйти так, чтобы вы освободились от него, по крайней мере сейчас. По крайней мере сейчас вы начнете учиться тому, как позволить ему пройти, как выйти из него безопасным образом. Начнем с ваших ног. Чувствуете там гнев? Если да, позвольте ему подняться вверх, вверх по вашему телу и устроиться прямо на вашей руке, которую вы сейчас положите к себе на колени, хорошо, поместите вашу правую руку на колени ладонью кверху, вот так, ладонью вверх. Позвольте гневу обосноваться там, и пусть чувства гнева из нижней части вашего тела продвигаются вверх, вверх, прямо на поверхность вашей открытой ладони. А теперь, сканируя себя, найдите гнев в верхней части своего тела, так, начинайте с головы, пусть гнев опускается вниз в правую руку, в ту самую ладонь, что лежит у вас на колене, и устраивается там, спускаясь вниз от лица, пусть ваш гнев стекает вниз, вытекает, вытечет полностью, в ту самую руку, так, весь гнев, весь гнев из верхней части вашего тела, пусть он перемещается вниз, стекает вниз, прямо в вашу правую ладонь... так, и пусть весь ваш гнев уйдет туда, нет нужды держать его в других местах вашего тела... Давайте ограничим его, удержим его в ограниченном месте, нет нужды любым другим частям вашего тела напрягаться, так, и если вы почувствуете, что это происходит, позвольте всему гневу из вашего тела обосноваться в вашей правой руке... и теперь... вы можете почувствовать, как ваша рука сжимается вокруг гнева, делая его меньше, уплотняя его? Позвольте этому произойти, позвольте своей руке сжаться, сжаться сильнее, еще сильнее вокруг гнева, да, вот так, закройте ладонь, сожмите крепкий кулак, сожмите кулак с силой, силой, которая может сдержать гнев, все в порядке, это безопасно, вы управляете собой, потому что вы сильнее, мудрее,**

умнее, чем ваш гнев, вы можете сдержать его, да, вы человек, который намного сильнее и больше, сильнее, чем ваш гнев, он теперь настолько слабее, насколько сильнее вы его сдерживаете, уплотняете, вы можете контролировать и сдерживать его, он становится еще меньше, все напряжение вашего тела сосредотачивается в вашей руке, вашей сильной руке, да, но это — требует стольких усилий, чтобы сделать такой крепкий кулак, не так ли... это забирает так много сил — быть сердитым и оставаться таким, и вы хотите освободить гнев здоровым, безопасным способом, чтобы никому не повредить, и себе меньше всего... позволить гневу уйти, снять напряжение, которое его сопровождает... Хорошо было бы от него освободиться, не так ли, — мышление ясное, тело расслабленное? Так позвольте ему уйти, он вам не нужен, пусть уходит, избавьтесь от него, пусть уходит, позвольте всему своему телу расслабиться, и когда вы будете готовы, откройте свой кулак, откройте свой кулак и почувствуйте, как рассеивается гнев, позвольте ему уйти подальше от вас, вы можете от него отдалиться... пусть он растворится в воздухе, никого не повреждая, не травмируя вас, вы в безопасности, все вокруг вас в безопасности и вы избавляетесь от гнева, позвольте ему уйти, позвольте ему вытечь из вас, вытечь, да, рассеяться, пусть все ваше тело расслабится, выдохнет его и расслабится... расслабится полностью, вот так, пусть уходит, позвольте ему уйти, по крайней мере пока... по крайней мере пока... Если есть какой-нибудь урок, который вы должны извлечь из вашего гнева, мы можем поговорить об этом, возможно, сделать выбор, я не знаю, но вы можете учиться и расти, и делать выбор, при этом ваше тело и разум расслабленные, не разгневанные... ваше тело и разум работают совместно... так, хорошо, я могу видеть, как все ваше тело теперь расслабляется, вы заслужили это, отпустите все оставшееся напряжение, оно вам больше не нужно, отпустите его, позвольте своей руке и телу расслабиться, ваша рука теперь чувствует себя совершенно нормально, вы главный, и вы сильнее, чем ваш гнев.

Скала гнева

Кракауэр (Krakauer, 2001) отстаивал использование техники, модифицированной из вмешательства, предложенного Уоткинсом (Watkins, 1980), и названной *скалой гнева,* в которой пациент вдребезги разбивает воображаемую скалу, хорошо понимая, что это — всего

лишь скала, а не человек, и что гнев можно таким способом выразить, никого не травмируя. Размер скалы может изменяться в зависимости от интенсивности ощущаемого гнева, и небольшой фрагмент разбитой скалы можно шлифовать до тех пор, пока он не превратится в гладкую гальку, что может служить символом преобразования . Можно добавлять мыслеобразы любимых ил и особых мест, например, после того как скала разбита, пациент может ощутить абсолютное спокойствие, мир и комфорт в особом месте и открыть для себя новые, конструктивные способы решения проблем и управления собой в ситуации, вызывающей агрессивные чувства.

КЛИНИЧЕСКИМ ГИПНОЗ С ДЕТЬМИ

Многие из техник, которые мы рассмотрели, можно использовать при работе с детьми, достаточно развитыми для того, чтобы проявить внимание к внушениям, — с теми, которых можно увлечь рассказыванием сказки на ночь, чтением истории или книги или привлечь к участию в истории с аудио- или видеокассеты (Kohen & Olness, 1993). Согласно Рю, Линну и Пинтару (Rhue, Lynn, & Pintar, 1996), наличие способности к созданию мысленных образов и к погружению в гипнотические процедуры подразумевает следующее: веру в то, что куклы и мягкие игрушки, изображающие животных, живые; умение представить себе друзей, животных или предметы и умение притвориться и в некотором смысле поверить, что ты являешься кем-то еще (например, персонажем сказки). Напротив, когнитивный дефицит, бедный контакт с действительностью, малый объем внимания и плохая фантазия — являются противопоказаниями для использования гипнотических методов или снижают их эффективность. Уровень развития ребенка определяет уместность использования гипнотических процедур в большей степени, чем его биологический возраст. Возраст вообще расценивается как вторичный по отношению к способностям ребенка концентрироваться, сосредотачивать внимание, воображать образы и понимать внушаемое.

Формальная индукция редко бывает полезна при работе с детьми моложе семи или восьми лет. Естественные, спонтанные вмешательства часто вызывают у маленьких детей желаемый результат. По нашему опыту, дети часто хорошо реагируют, когда гипнотичес-

кие процедуры вложены в игры (например «давай притворимся», «давай поэкспериментируем» или «давай помечтаем») или в рассказывание историй, что описано во множестве источников для работы с детьми (Kohen & Olness, 1993; Olness & Gardner, 1988; Rhue & Lynn, 1993). Рассмотрим пример такого «экспериментирования» с родителем и ребенком, описанный у Коэна и Олнесса (1993):

> **Давайте проведем эксперимент... Пусть каждый из вас закроет глаза и просто притворится, что он не здесь... притворитесь, может быть, что вы — дома... или может где-то в другом месте... где вы очень счастливы и вам удобно, и побудьте там несколько мгновений. Хорошо. Посмотрите, кто там вместе с вами, послушайте, что происходит, наслаждайтесь этим... и вы можете или рассказать об этом позже или не рассказывать, потому что это — ваше воображение, ваше внутреннее видение и ваш самогипноз, и вы — хозяин этого. И вы вероятно уже заметили, за эти всего лишь несколько мгновений, что вы тоже немного изменились. Ваше дыхание стало медленнее, вы сидели совсем тихо, и ваше тело и разум как будто говорили друг с другом. Ваше тело знало, что воображает ваш разум, и расслаблялось... Это интересно, не так ли? Замечательно! (p. 363)**

Этот пример также показывает, что важно говорить с детьми на языке, соответствующем уровню их развития. После этого краткого эксперимента Коэн и Олнесс (1993) отметили, что если «посеять семена», можно облегчить будущие образные вмешательства, например: «И в следующий раз, когда ты придешь и мы с тобой встретимся по секрету, мы еще немного пофантазируем и узнаем, как помочь твоему животику, который обычно болит!» (p. 363)

Рю и Линн (1993) описали, как можно использовать с детьми рассказывание выдуманных историй: дети могут взаимодействовать с воображаемыми персонажами, попавшими в ситуации, аналогичные их собственным, давать им советы и — например, в случаях с детьми, подвергшимися сексуальному насилию, — могут помочь героям рассказа не винить себя, и научить их тому, что должны и чего не должны делать взрослые. Обычно терапевт рассказывает ребенку историю, но ребенок тоже может придумать свою историю с помощью терапевта, который в таком случае помогает оформить образный рассказ и производит внушения по ходу его разворачивания.

Фактически все наведения для детей используют мысленные образы. Часто дети хорошо реагируют на истории с изображением любимого или безопасного места и защитными образами для снятия тревоги (например, десятифутовый плюшевый кролик, волшебник Гендальф, магические щиты). Расслабление не так важно, как приемы, усиливающие вовлечение в то, что внушается, в особенности при работе с дошкольниками. Углубляющие процедуры вызывают усиление мыслеобразов через мультисенсорные внушения (например: «Посмотри, кто и что там, почувствуй запахи, послушай звуки»; Kohen & Olness, 1993, p. 365). Кроме того, очень важно установить позитивный раппорт с ребенком и сонастроить используемые процедуры с уникальным профилем его интересов, особенностями воображения и объемом внимания.

Гипноз у детей применяется в широком диапазоне, включая терапию учебных проблем, терапию острой боли, общих проблем здоровья, тошноты и рвоты от химиотерапии и т.д. Большая часть пятнадцати исследований, посвященных детскому гипнозу, согласно обзору Миллинга и Костантино (2000), сфокусирована на том, как облегчить страдания при химиотерапии и острой боли. Авторы отметили, что изучение детского гипноза находится в относительно ранней стадии развития. Однако одно из исследований (Edwards & van der Spuy, 1985) клинического гипноза у детей с ночным энурезом было особенно убедительным и хорошо контролируемым. Другие многообещающие исследования включают изучение гипноза, центрированного на воображении, — при тошноте и рвоте, связанных с химиотерапией (Zeltzer, Dolgin, LeBaron, & LeBaron, 1991), при болях от аспираций костного мозга и пункций спинного мозга (Zeltzer и LeBaron, 1982) и для снижения боли у детей во время забора крови из вены и аспирации костного мозга (Lambert, 1999; Smith, Rosen, Trueworthy & Lowman, 1979).

ВАЖНОСТЬ СОТРУДНИЧЕСТВА

Используется ли гипноз с детьми или со взрослыми, в своих лучших проявлениях он является совместным предприятием, партнерством. Привлекайте пациентов к участию по всем уровням, включая помощь вам в придумывании значимых и персонифицирован-

ных внушений. Например, один из нас недавно лечил женщину от ночных кошмаров, ее мужу было трудно успокаивать жену во время доводивших ее до отчаяния, пугающих сновидений, связанных с террором. Она решила, что слова *«прекрасный цветок»* будут влиять на нее успокаивающе, и повторяла их себе, прежде чем заснуть, и просила своего мужа, чтобы он шептал ей эти слова, если ей будут сниться кошмары. Фраза хорошо действовала, успокаивая ее, и позволяла ей вернуться к комфортному сну.

Пригласите своих пациентов предварительно познакомиться с внушениями и тактикой, которые вы планируете использовать на каждой сессии. Большинство пациентов ценят ясные, конкретные внушения, которые совместимы с их установленными целями. Попросите пациентов дать вам обратную связь и оцените ее. Например, вы можете задать им вопрос о темпе речи («Должен ли я говорить медленнее или немного быстрее?»), о тоне голоса («Я говорю слишком громко, или слишком мягко, или все правильно?»), о формулировке внушений (например, «Во время упражнений самогипноза, должен ли я говорить от первого лица (Я) или от второго лица (Вы)?»), о том, что предпочитает ваш пациент — визуальные или слуховые мыслеобразы, более авторитарные или разрешающие внушения. Сотрудничая со своим пациентом, вы одновременно углубите терапевтические отношения, продемонстрируете уважение к своему «партнеру» и усилите у пациента ощущение его собственного участия в терапевтических усилиях.

6

ОТКАЗ ОТ КУРЕНИЯ

Курение является парадигмой привычки к саморазрушению. Каждый год один миллион американцев присоединяется к разряду новых курильщиков («Онкологи», 2003). Подобная статистика предупреждает, что курение: (а) ответственно за одну треть всех смертельных случаев от рака и увеличивает риск онкологических заболеваний легких, груди, гортани, полости рта, пищевода, поджелудочной железы, шейки матки и мочевого пузыря (НахЬу, 1995); (Ь) удваивает шанс человека умереть от ишемической болезни сердца или от инсульта (McBride, 1992) и (с) является основной причиной хронических обструктивных легочных заболеваний и у мужчин, и у женщин (Американский департамент здоровья и обслуживания человека [USDHHS], 1990).

Если подобная тенденция сохранится, то в этом столетии от связанных с курением болезней умрет один миллиард человек (по сравнению со ста миллионами в прошлом веке) (Агентство Рейтер, 2003). Хотя почти 80% современных курильщиков хотят бросить курить (Американский департамент здоровья, образования и благосостояния [USDHEW], 1990), только около 5% от примерно одной трети американских курильщиков, ежегодно пытающихся самостоятельно бросить курить, удается это сделать (Американская психиатрическая ассоциация, 1994). Может ли гипноз помочь этой обширной *группе риска* отказаться от курения? Ответ утвердительный. На самом деле в качестве метода контроля за пристрастием к использованию табака гипноз имеет длинную историю, восходящую к середине XIX века.

В этой главе мы подытожим значительный объем литературы, указывающей, что гипноз может сыграть полезную роль в прекращении курения. Затем в качестве примера мы опишем когнитивно-поведенческую программу отказа от курения (состоящую из двух сессий), демонстрирующую, как можно использовать гипноз, чтобы справиться с давно установившимися привычными паттернами саморазрушительного поведения.

Программа отказа от курения (в ее ранней версии с одной сессией) была разработана в 1980-х годах Линном и Ньюфельдом в сотрудничестве с Американской ассоциацией пульмонологов штата Огайо (Neufeld & Lynn, 1988). Программа включала много элементов программы «Свобода легких от курения», разработанной Американской ассоциацией пульмонологов, так же как техник и стратегий эффективных программ отказа от курения, выбранных из литературы по гипнотерапии и когнитивно-поведенческой терапии. Настоящая программа, которую мы здесь представляем, — это одновременно усовершенствование оригинальной программы с одной сессией и более ранней программы с двумя сессиями, описанной Линном, Ньюфельдом, Рю и Маториным (Lynn, Neufeld, Rhue, & Matorin, 1993; см. также Green, 1996, 2000).

ГИПНОЗ И ОТКАЗ ОТ КУРЕНИЯ: ФАКТЫ

Джонстон и Донахью (Johnston & Donoghue, 1971) в первом большом обзоре литературы по гипнозу и отказу от курения сообщили о крайне высоком проценте успеха — более, чем в 94% случаев (Von Dedenroth, 1964). К сожалению, никаких экспериментальных данных, которые доказывали бы это заявление, предъявлено не было. Несколько лет спустя Хант и Беспалец (Hunt & Bespalec, 1974) сравнили шесть методов воздействия на поведение курильщика: вызывание отвращения к курению; лекарственное лечение; обучение и групповая поддержка; гипноз; изменение поведения; разные способы, включающие самоконтроль, ролевую игру и сочетание разных видов терапии. Они пришли к выводу, что гипноз «возможно, показывает самые лучшие результаты» (p. 435) — с установленным процентом успеха, колеблющимся между 15% и 88% случаев. Поскольку показатели успеха в ходе исследований были подобны, они

предположили, что выбор терапии (дополнительной к гипнозу — *прим, ред.)* является вторичным по отношению к самому факту включения курильщиков в терапию.

Холройд (Holroyd, 1980) в своем обзоре семнадцати главным образом клинических сообщений пришел к выводу, что большее количество сессий лучше, чем меньшее, что индивидуализированная терапия лучше, чем стандартизированные внушения, и что дополнительная терапия (например, телефонный контакт, консультирование) повышает вероятность получения успешного результата. Холройд заключил, что при выполнении этих трех условий более чем половина прошедших терапию продолжает воздерживаться от курения на протяжении полугода. Однако исследования, которые контролировались самым лучшим образом (Barkley, Hastings, & Jackson, 1977; MacHovec & Man, 1978; Pedersen, Scrimgeour, & Lefcoe, 1975) уступают по результатам (от 0% до 50%) и показывают более низкий уровень эффективности, чем исследования, которые рассматривает Холройд.

Висвесварен и Шмидт (Viswesvaran & Schmidt, 1992) немного позже провели мета-анализ 633 исследований по отказу от курения и проанализировали 48 исследований в гипнотической категории, которые в сумме охватили 6020 участников. Гипноз оказался лучше, чем любые другие сравнимые способы лечения (например, вызывание отвращения к дыму, использование никотиновой жевательной резинки, составление пятидневных планов), процент успеха в этом случае достигал 36% случаев.

Лоу и Танг (Law & Tang, 1995) проанализировали 188 рандомизированных контрольных испытаний в своем систематическом обзоре литературы по отказу от курения и в дальнейшем ограничили свой обзор испытаниями, в которых продолжительность отказа от курения составляла 6 месяцев или больше. Хотя 10 рандомизированных испытаний гипноза показали оценку эффективности 23%, авторы заявили, что нельзя считать эти результаты доказанными, поскольку ни одно испытание не измеряло биохимические маркеры курения (например, тиоцианат), чтобы подтвердить устные сообщения участников.

В самом всестороннем до настоящего времени обзоре Грин и Линн (Green & Lynn, 2000) проанализировали 59 исследований по

отказу от курения и пришли к выводу, что, если судить по критериям оценки доказательности Чемблесса и Холлона (Chambless & Hollon, 1998), среди различных видов психотерапии гипноз оказался «возможным эффективным» лечением. То есть терапевтические результаты при гипнотических вмешательствах были лучше по сравнению с результатами в контрольных группах (без гипнотерапии). Однако во многих исследованиях трудно отделить специфические результаты гипноза от поведенческих и образовательных вмешательств, с которыми он соединен. Кроме того, гипноз не обязательно превосходит альтернативное лечение (например, быстрое курение), и данные относительно того, превосходит ли гипноз плацебо, смешанные (Green & Lynn, 2000). Поэтому преждевременно утверждать, что гипноз по существу ответственен за наблюдаемые успехи лечения или что гипноз превосходит множество других способов лечения. Несмотря на эти протесты, процедуры гипноза кратки и экономичны и являются для отказа от курения вполне жизнеспособным способом терапии начального уровня.

ПРОГРАММА ОТКАЗА ОТ КУРЕНИЯ

Учитывая, что когнитивно-поведенческие техники эффективны при терапии курения сами по себе и что многие люди мотивированы на участие в программах отказа от курения, включающих гипноз, мы полагаем, что гипноз может быть полезным дополнением для более всестороннего лечения человека с целью отказа от курения. Действительно, поведенческие и когнитивно-поведенческие процедуры лежат в основании многочисленных способов терапии, о которых сообщают в успешных исследованиях о прекращении курения (например, Т. В. Jeffrey, Jeffrey, Grueling, & Gentry, 1985; L. K. Jeffrey & Jeffrey, 1988; MacHovec & Man, 1978; Schubert, 1983). Когнитивно-поведенческая программа терапии, которую мы описываем, может осуществляться и в условиях группы (от 5 до 50 участников), и в случае индивидуального лечения. Программа сохранила многие из особенностей изначальной программы с единственной сессией, которая была первоначально описана Линном, Ньюфельдом и др. (1993).

Компоненты терапии

Гипноз как самогипноз

Обучение самогипнозу — неотъемлемая часть многих успешно проведенных терапевтических программ отказа от курения (например, Barabasz, Baer, Sheehan, & Barabasz, 1986; Basker, 1985; D. Spiegel, Frischholz, Fleiss, & Spiegel, 1993). Участникам сообщают, что необходимо их активное участие и вовлечение в программу. Как отмечено в 4 -й главе, на самом деле вполне законно представлять гипноз как самогипноз (T. X. Barber, 1985).

Когнитивные и поведенческие навыки

Самогипноз описывают как один из множества важных навыков, с помощью которого участники могут достичь отказа от курения. Чтобы повысить самоконтроль и обучить важным навыкам, используются такие техники, как минимизация негативного разговора с самим собой при подчеркивании пользы быть некурящим и способности им стать, стимульное управление, вознаграждение себя и управляемое сигналом расслабление (то есть якорение).

Образование

Обучение — основной компонент многих программ отказа от курения (Green & Lynn, 2000). Мы описываем курение как известный поведенческий паттерн, который можно заменить адаптивными способами поведения. Наряду с объяснением вредных физических результатов курения, мы поощряем участников генерировать позитивные личные (например, здоровье) и межличностные причины быть некурящими.

Усиление мотивации и самоэффективности

Повышение мотивации — решающий аспект успешных программ отказа от курения (см. Perry, Gelfand, & Marcovitch, 1979; Perry & Mullen, 1975). Согласно исследованию Ньюфельда и Линна (1988) предварительной версии программы, все участники, воздерживавшиеся от курения в последующие 6 месяцев, показали,

что были или *очень сильно,* или *достаточно сильно* мотивированы, чтобы прекратить курить. То есть все набрали по крайней мере 3 балла по 5-балльной шкале, индексирующей мотивацию участников отказаться от курения. Программа включает много позитивных внушений относительно усиления контроля, мастерства владения собой и ощущения себя здоровым и живым, чтобы уравновесить связанный с отказом от курения дискомфорт. Для поддержания уверенности и порождения позитивных ожиданий от лечения рекомендуются замена никотина (например, никотиновыми пластырями, жевательными резинками, ингаляциями, нозальным спреем, таблетками) и применение медикаментов (например, бупропион, нортриптилин).

Быть некурящим

Исследование указывает, что степень, в которой люди видят себя некурящими, — сильный прогностический фактор долгосрочности отказа от курения (Tobin, Reynolds, Holroyd, & Creer, 1986). Участников программы просят увидеть себя некурящими; сказать себе «Я — некурящий»; испытать на глубоком уровне позитивные личные и межличные выгоды отказа от курения и предусмотреть заменяющие виды вознаграждения за избегание табака.

Предотвращение рецидива и сохранение пользы

Участники идентифицируют ситуации высокого риска или пусковые, связанные с повышенной вероятностью или риском закурить. Идентификация пусковых ситуаций, связанных с местами, ситуациями и промежутками времени, характеризующихся особенно мощными сигналами закурить, облегчается с помощью наблюдения курильщика за своим поведением в течение недели между сессиями. Одновременно участники генерируют копинг-ответы, которые являются альтернативой курению в каждой из установленных пусковых ситуаций.

Степень, в которой курильщики чувствуют, что эффективно справляются с желанием закурить в ситуациях высокого риска, является существенным прогностическим критерием долгосрочности отказа от курения (например, Colletti, Supnick, & Payne, 1985).

Так, участников просят не только идентифицировать рискованные ситуации, но еще и представить себе, что в этих установленных ситуациях они используют личностно значимые, желательные и эффективные копинг-стратегии, заменяющие поведение курильщика. Участников программы просят избегать ситуаций с высоким риском и обучают стратегиям, как справляться с сильными желаниями закурить, если они возникают, как определить и назначить себе награду за некурение, — все это помогает сохранить достигнутое в терапии.

Минимизация увеличения веса

Увеличение веса, которое следует за прекращением курения, увеличивает риск возвращения этой привычки (см. Perkins, Epstein, & Pastor, 1990). Поэтому программа использует минимальное вмешательство, основанное на рекомендациях Блэка, Коу, Фрайзена и Вурцманна (Black, Coe, Friesen, & Wurzmann 1984). Мы инструктируем участников соблюдать хорошо сбалансированную диету из четырех основных групп пищи, увеличивать ненапряженную физическую нагрузку, сбрасывать вес медленно и постепенно (не больше, чем на 2 фунта в неделю [1 фунт ~ 0,454 кг — *прим, пер.))* наряду с другими внушениями, представленными в листке-памятке, описанной ниже (см. стр. 143—144). Обсуждаются также более интенсивные подходы к поддержанию веса и его снижению, но в условиях индивидуальной терапии.

Заключение контракта и социальная поддержка

На начальной сессии участники подписывают контракт, который подтверждает их намерение бросить курить в день завершения второй сессии, неделю спустя. Подписание этого контракта свидетельствуется другим членом группы, и копии контракта участники передают супругу/супруге, партнеру или лучшему другу и своему работодателю. Чтобы усилить социальную поддержку, назначается *система приятеля,* для чего участников приглашают разделиться на пары, чтобы у них была возможность позвонить друг другу, если для социальной поддержки им понадобится положиться на человека вне своей семьи.

Описание программы

Недавно мы обновляли нашу программу на основе обратной связи от одиннадцати участников, которые продолжали воздерживаться от курения по крайней мере в течение шести месяцев. В течение двухнедельной терапии эти люди читали исходный сценарий и определяли неполезные или непродуктивные пассажи, вызывающие мысли или тревогу, мешающие участию в программе отказа от курения или уменьшающие чувство уверенности, что они смогут его достичь. Например, семеро из тех, кто предоставил обратную связь, отметили, что у них были трудности с «игнорирующими убеждениями». Поэтому пересмотренная программа ставит больший акцент на принятие побуждений — на том, чтобы «скользить по побуждениям, как по волнам на серфинге» (см. Marlatt, 2002, p. 47), и затем «отпустить их» — и на использовании активных справляющихся стратегий (копинг-стратегий) для того, чтобы бороться с побуждениями, вместо того чтобы просто игнорировать их. За эти годы мы узнали, что отказ от никотина для многих участников не легок. Поэтому мы преподносим отказ от никотина скорее как выбор, чем как предпосылку к успешному завершению программы. В итоге, на основе обратной связи, которую мы получили, мы изменили множество формулировок. Например, мы удалили все ссылки на слово *уход* (*quitting)* из-за ассоциаций, которые оно вызывает со словом *лодырь* (being a *quitter).*

Описание первой сессии

Первая сессия может быть завершена приблизительно за два часа; для завершения второй сессии обычно требуется от одного до полутора часов. На первой сессии тренер представляется участникам, описывает происхождение и историю программы и предоставляет участникам краткий обзор рабочего семинара. Затем участники представляются и обсуждают причины, которые привели их в программу.

После чего тренер продолжает следующим образом:

Я уверен, что эта программа станет для вас образовательным опытом. Образование, конечно, включает обучение. Давайте зафиксируемся на том, как вы «учились» курить, потому что ку-

рение - неестественный акт. Сколько из вас чувствовали себя неуклюжими, когда впервые закурили? Вам было плохо, или вас тошнило? Часто проходят недели или даже месяцы практики и настойчивости, чтобы натренировать свое тело научиться принимать вредные вещества, содержащиеся в табачном дыме. Многие из вас, вероятно, курили, чтобы заполнить конкретную потребность (например, находиться «в контакте» со своими друзьями, жить активно и подвижно). Каковы были ваши причины чтобы закурить? *[Следует обсуждение.]*

Многие из вас, вероятно, сначала курили только в очень ограниченных ситуациях. Однако с течением времени сила вашей привычки росла, и, вероятно, вы расширили свое курение на многие другие ситуации (например, говоря по телефону, за работой, после еды). Каждый раз, когда вы подносили сигарету к губам, вы усиливали свою привычку.

Только подумайте, сколько раз вы подносили сигарету к губам. Почему бы нам не подсчитать, сколько раз вы подносили к своему рту сигарету? Если вы курите пачку в день — 20 сигарет в пачке; среднее число затяжек сигаретой — 10; число затяжек в день — 200; 365 дней ежегодно умножить на число лет, когда вы курили, умножить на 200, получим общее количество раз, столько раз вы подносили к своему рту сигареты. Теперь это — привычка! Цель данной программы состоит в том, чтобы научить вас, как сломать вашу привычку, или разучиться вести себя привычным образом.

У нас много способов, которыми мы будем учить вас, чтобы дать вам острое' (' *От англ, edge* — и лезвие, и преимущество — по аналогиии с русским пройти по лезвию и отрезать привычку. — *Прим, пер.)* преимущество, которое вам понадобится, чтобы разрушить эту привычку. Вы должны знать, что более 40 миллионов американцев уже успешно прекратили курить. Поэтому это, конечно же, возможно. Мы поможем вам превратить эту возможность в вашу личную действительность.

Мы будем преподавать вам навыки, которым вам нужно научиться, чтобы сломать привычные образцы поведения, побороть любой дискомфорт, который вы возможно почувствуете, и сохранить те достижения, которых вы здесь достигнете. Мы хотим, чтобы у вас были навыки и техники, из которых вы можете выбирать. Ваша задача будет состоять в том, чтобы найти такие навыки и техники, которые лучше всего работают для вас. Мы не только укажем некоторые издержки курения, но

сделаем вас более осведомленными о пользе того, чтобы быть некурящим, и покажем, как достижение этого статуса может наполнить вас чувством гордости, по мере того как вы узнаете, что защищаете и сохраняете свое здоровье, становясь более конкурентоспособными в спорте, становясь более привлекательными для поцелуев, и сохраняя место, где вы живете, свободным от запаха дыма.

И конечно, гипноз будет одной частью программы, одним способом, чтобы дать вам лезвие. Если вы будете следовать этой программе, по-настоящему в ней работать, мы уверены, что вы сможете отказаться от курения. Мы не можем сделать этого за вас, но мы можем сделать так, чтобы вам было намного легче освободиться от дыма для дальнейшей жизни.

Мы узнали, что мотивация — один из самых важных факторов в том, чтобы быть некурящим. Лучший гипнотизер в мире не поможет, если вы не будете мотивированы, чтобы прекратить курение. А теперь я хотел бы раздать каждому 3x5 учетную карту. Как вы увидите, в ней есть шкала от 1 до 5, насколько вы мотивированы, чтобы отказаться от курения: 1 = *совсем не мотивирован;* 3 = *немного; 5 = очень сильно мотивирован. Я* хотел бы, чтобы вы заполнили эту шкалу в конце нашей первой сессии. Если вы не сильно мотивированы (по крайней мере на тройку), то вы можете решить не возвращаться для второй сессии, и мы вернем вам полную стоимость. Наше исследование показывает, что успешные по этой шкале участники находятся где-то между 3 и 5 баллами.

Но если вы действительно хотите навсегда отказаться курить, если вы будете готовы завершить программу, то тогда я попрошу, чтобы вы подписали контракт и засвидетельствовали это с помощью другого члена группы. Контракт будет также подписан вашим супругом/супругой, партнером, с которым вы живете или лучшим другом, а также вашим работодателем, если вы работаете. Мы хотим, чтобы вы заручились их поддержкой. Мы хотим, чтобы вы заявили о своем намерении прекратить курить. Мы хотим, чтобы они поняли усилия, которые вы совершаете. Мы хотим, чтобы они знали, что вы прилагаете все усилия, и мы хотим, чтобы они помогли *вам* любым способом, которым могут. Как они могут вам помочь? Почему бы нам не устроить мозговой штурм, чтобы получить некоторые идеи, которыми вы сможете поделиться с другими людьми в своей жизни. *[Следует обсуждение.*]

В этом пункте я хотел бы обсудить ваши предыдущие попытки прекратить курить. Если бы вы были в состоянии успешно прекратить курение, вас бы сегодня здесь не было. Вы слышали выражение: ***«Знай своего врага» ?*** **Чтобы победить привычку курить, вы должны перестать обвинять себя и исключить такие виды заявлений, которые вы делаете по отношению к себе, например, «Я слаб» или «У меня нет силы воли». Если вы курите 15 или больше сигарет в день, у вас может быть физическая зависимость от никотина, и возможно, если вы не получите свою дозу никотина, у вас появятся симптомы отмены. Мы будем учить вас, как с ними обращаться, если они у вас появятся. Вы можете также помочь себе никотиновыми таблетками, никотиновыми жевачками и даже лекарствами, помогающими прекратить курение. Проконсультируйтесь со своим врачом как можно скорее для оказания любой возможной помощи с его стороны. Но существует одна вещь, которую надо помнить: даже у тяжелых курильщиков в некоторых случаях не бывает симптомов отмены вовсе, и симптомы отмены могут быть не столь интенсивны даже у тяжелых курильщиков. На самом деле от 20% до 45% бросивших курить не сообщают ни о каких симптомах отмены. Наша цель состоит в том, чтобы подготовить вас к тому, с чем вы встретитесь, когда перестанете курить. Эта программа разработана для того, чтобы помочь даже тяжелым курильщикам положить конец их привычке. Эта программа поможет вам быть некурящим для дальнейшей жизни.**

Путем постепенного сокращения числа сигарет и количества никотина, получаемого от курения, можно снизить по интенсивности любое переживание от нехватки. Но важно помнить — то, что реакции нехватки являются временными, и вы можете научиться бороться с сильным желанием закурить. Желания тоже являются временными; они приходят, и, что важно отметить, они уходят. Подумайте над этим: спустя месяц две трети тех, кто прекращает курить, не сообщают о сильных импульсах. А спустя несколько месяцев после окончания своей привычки большинство экс-курильщиков чувствуют себя более спокойными и менее депрессивными, чем в тот период, когда они курили.

Теперь давайте еще больше сосредоточимся на реакциях нехватки. Нехватка — фактически это знак того, что ваше тело справляется с вашим решением быть некурящим. Это — кратксрочная реакция, которая может у вас возникнуть. Некоторые из реакций — это прямой результат самоисцеления вашего

тела. Давайте обсудим некоторые неприятные чувства, которые появились у некоторых из вас, и то, что вы можете сделать с каждой такой реакцией. *[Следует обсуждение.]*

Если у вас кашель, это может быть здоровым знаком того, что ваши легкие очищаются. Неспособность сконцентрироваться — это краткосрочная реакция, она представляет собой приспособление вашего тела к уменьшению в нем никотина. Чувство депрессии может возникать из-за вашего ошибочного представления, будто вы теряете друга; фактически, прекращая курить, вы побеждаете своего смертельного врага. Чувство тревоги может возникать в результате ассоциаций, которые вы создали между курением и ситуациями, в которых вы чувствуете тревогу. Но в конечном счете вы будете более спокойным, менее тревожным человеком, возможно даже гораздо более спокойным, чем до того, как вы начали курить. Чтобы побороть любое чувство нехватки энергии, вы можете получить добавочную, необходимую вам энергию от правильной еды и выполнения физических упражнений. И существует старинное средство для тех, у кого проблемы с засыпанием — выпейте молока перед тем, как пойдете спать. Оно содержит натуральное вызывающее сон вещество — триптофан — которое поможет еще и успокоить нервы. У нас нет безотказного лечения от раздражительности, но одна из причин, почему мы просим, чтобы другие люди из вашей жизни подписали контракт, — состоит в том, чтобы они смогли лучше понять, через что вы собираетесь пройти. В любом случае раздражительность пройдет через неделю или две.

Очень важно иметь в виду, что любой дискомфорт, который вы можете почувствовать, является краткосрочным, в то время как многие долгосрочные эффекты от курения так просто не проходят. *[В этом месте ведущий программы рассматривает краткосрочные и* **долгосрочные** *последствия влияния курения на здоровье человека.]* **Но хорошая новость заключается в том, что, как только вы прекращаете курить, тело почти сразу начинает себя восстанавливать. Если вы не курите в течение года, ваш риск заболеть раком и болезнью сердца возвращается примерно на тот же уровень, где он был до того, как вы начали курить. Это для вас достаточно мощное побуждение, чтобы остановиться? Надеюсь, что так.**

Некоторые люди расстраиваются и начинают курить снова, когда набирают несколько лишних килограммов после отказа от курения. У нас есть некоторые рекомендации для вас, которые просты, но эффективны. Сначала убедитесь, что ваша диета

хорошо сбалансирована по четырем основным группам еды; увеличьте физическую активность, например, с помощью ходьбы, бега трусцой, плавания и спортивных игр; и снижайте набранный вес медленно, но не больше, чем около килограмма в неделю. Сосредоточьтесь на чувстве сытости, когда вы едите. Наслаждайтесь тем, что вы едите. Наслаждайтесь сполна. Но когда почувствуете, что насытились, прекратите есть. Чтобы показать свою сдержанность, регулярно или как можно чаще оставляйте немного пищи на своей тарелке. И сведите перекусы к минимуму. Если вы чувствуете, что должны перекусить, спланируйте, чем вы будете перекусывать. Планируйте низкокалорийные перекусы и ограничьте то, что едите. Я думаю, вы увидите, что этот простой план будет для вас работать. В конце нашей сессии я раздам вам листки с дополнительными внушениями для того, чтобы есть замедленно. Помните, что вы *можете* это сделать. Вы *можете* изменить свою жизнь.

Подумайте на мгновение о том, что это значило бы для вас — быть некурящим. Я раздам еще несколько учетных карт, и я хотел бы, чтобы вы указали на них по крайней мере пять причин для того, чтобы никогда не курить снова. Перечисляйте свои причины на карте «стоп-курению» в порядке важности. Теперь представьте себе две дороги. Первая дорога — верхняя дорога, где вы представляете себе свое будущее, если успешно прекратите курить. Подумайте обо всех выгодах, если вы оставите эту привычку: о социальной выгоде, денежной выгоде и выгоде для здоровья. Не торопитесь. Подумайте обо всем, из чего вы должны извлечь пользу, став некурящим. Теперь представьте себе нижнюю дорогу, где вы видите свое будущее, если вы в действительности не мотивированы, чтобы покончить со своей привычкой. Выбор ваш. Какую дорогу вы выберете? Кто думает или боится, что не сможет остановиться? *[Попросите поднять руки.]* Держите руки поднятыми. А теперь, если бы я сказал вам, что вы получите миллион долларов, если сможете отказаться от курения на год, как вы думаете, смогли бы вы это сделать? *[Попросите поднять руки.]* Но вопрос, который я хотел бы, чтобы вы задали самим себе: стоит ли ваше здоровье миллиона долларов? Теперь закройте глаза и перечислите себе все причины, которые у вас есть, чтобы быть некурящим, и представьте себя, как вы идете по дороге здоровья и хорошего самочувствия как человек, который не курит. Добавьте любые дополнительные причины, чтобы отказаться от курения на своей карте.

Что я хотел бы, чтобы вы сделали на этой неделе, — чтобы вы обдумывали свои причины бросить курить, и делали это часто. Носите с собой вашу карту «стоп-курению». Я также хотел бы, чтобы в течение этой недели вы определили пусковые ситуации. Пусковые ситуации - это разные места, ситуации и периоды времени, которые вызывают побуждение закурить. Побуждение — это для вас внутренний сигнал или напоминание закурить. У курильщиков сильные желания закурить обычно связаны с определенными переживаниями. Когда определенная ситуация связана с сильным желанием или побуждением закурить, это — пусковая ситуация. Что вызывает у вас желание закурить? *[Поощряйте обсуждение.]*

Теперь давайте поговорим о том, как можно справиться с желанием закурить. Давайте устроим мозговой штурм. Как вы можете справиться с этим побуждением? *[Поощряйте обсуждение. Если не будет упомянуто никаких способов, как справиться с побуждением закурить, тренер перечисляет множество копинг-методов, которые центрированы на (а) делании чего-то еще, (Ъ) разрешении побуждению пройти и (с) на техниках отвлечения. Участников поощряют придумывать свои собственные способы, как справиться с ситуацией — например, сделать зарядку, принять душ или ванну, поиграть в спортивные игры, глубоко подышать, воспользоваться мыслеобразами, прокатиться на велосипеде, пожевать жевательную резинку без сахара, понаблюдать за побуждением и затем отпустить его, выпить воды, выдохнуть побуждение, поговорить с самим собой или использовать самогипноз.]* **Теперь на обратной стороне карты «стоп-курению» напишите свои альтернативные способы, для того чтобы справиться с желанием закурить в тех пусковых ситуациях, которые вы для себя определили.**

Одна из техник, которую многие участники нашего семинара сочли полезной, — то, что мы называем *управление желанием закурить.* **Во-первых, скажите себе: «Я знаю о своем сильном желании закурить». Во-вторых, скажите себе: «Нет! Я не должен курить!» или другую ключевую фразу, которая вам поможет. В-третьих, прочитайте ваши причины, чтобы быть некурящим, перечисленные на вашей карте «стоп-курению». В-четвертых, глубоко вдохните, выдохните из своего тела все напряжение, которое вам не нужно, и ощутите, что вы позволяете желанию закурить уйти. Пусть оно уходит. Оно пройдет, исчезнет, замененное чем-то более удобным. Скользите по нему, как если бы**

вы скользили как серфингист по волне. Еще несколько раз вдохните. Продолжайте свою жизнь. Побуждения будут приходить и будут уходить, пока вы не освободитесь от них навсегда. И наконец используйте один из альтернативных способов преодоления побуждения, которые вы записали на обратной стороне вашей карты «стоп-курению».

В течение этой первой недели и после нее, важно, чтобы вы всеми способами избегали пусковых ситуаций или ситуаций с высоким риском. Подумайте о тех ситуациях, которых вы можете избежать. Подумайте, как вы можете снизить напряжение в своей жизни на этой неделе. Могут быть такие ситуации, которых вы избежать не сможете, поэтому я хотел бы, чтобы вы предупредили ситуацию, которая может произойти на этой неделе, представьте ее сейчас и представьте, как вы эффективно справляетесь в этой ситуации с желанием закурить.

Мы рекомендуем, чтобы после этой недели вы больше никогда не брали сигарету в рот. Однако некоторые люди могут совершить ошибку. Это не означает, что вы — полный неудачник и должны закончить свои усилия по отказу от курения. Промах может являться учебным опытом, знаком силы вашей привычки к курению. Знаком того, что у вас есть выбор. Но помните следующее: ошибка не означает рецидив! Рецидив — это полное возвращение к первоначальному образу поведения. Имейте в виду, тем не менее, что вы играете с огнем, если думаете, что можете управлять своим курением, покуривая понемногу тут и там. Я убежден, что вы начнете лучше себя чувствовать, как только вы убедите свое тело, что вы серьезны в своем намерении отказаться от курения. Примите непоколебимое решение! Утвердите его! Сделайте это прямо сейчас!

Чтобы помочь себе поддержать важные достижения, которых вы достигли, вы должны вознаграждать себя. Напишите список того, что доставляет вам удовольствие и что легко получить. Что-то может быть очень дорогим, но не все вознаграждения должны быть материальными. Теперь запишите этот список вознаграждений на бумаге, которую вам раздали. Например, вы могли бы складывать деньги, которые раньше тратили на сигареты, в какую-либо емкость на видное место и затем, когда они накопятся, потратить их на то, что доставит вам удовольствие.

Самогипноз — важная часть этой программы. Это — навык, который вы можете освоить. Он может помочь вам быть некурящим, вызывая расслабление, усиливая вашу мотивацию на то,

чтобы бросить курить, помогая превратить ваше представление о себе из курильщика в некурящего и предоставляя вам средство управления полезными самовнушениями, в которых есть сила, чтобы изменить вашу жизнь. ***[Тренер отвечает на вопросы о самогипнозе и способствует созданию положительного отношения к гипнозу, демистифицируя гипноз и исправляя неверные представления, в том числе о том, что гипноз вызывает транс, что при гипнозе теряется контакт с действительностью и что гипнотические ответы навязываются. Гипноз формулируется как включение готовности испытать и вообразить внушаемое и быть открытым к полезным внушениям.]***

Затем тренер управляет наведением самогипноза, которое состоит из следующих элементов, описанных в более ранних главах по наведению (см. гл. 4) и передовым техникам (см. гл. 5): (а) внушения, чтобы успокоиться и снять чрезмерное напряжение; (Ь) углубляющие и расслабляющие внушения во время «двадцати шагов» к защищенному и безопасному месту; (с) создание ключевой фразы для усиления мотивации и желания бросить курить; (d) создание телесного якоря (касание большого и указательного пальцев) для доступа к внутренней силе и заякоренным причинам быть некурящим и (е) репетиция на образе - того, как можно сопротивляться желанию закурить в пусковой ситуации, и использование техник расслабления и якорения. После наведения тренер раздает участникам аудиокассеты с самогипнозом, резюмирующим сделанные внушения, и рекомендует тренироваться два раза в день.

Участникам дают несколько заданий на дом на каждый день, включающих следующие предписания:

1. Запишите число выкуренных сигарет.
2. Используйте самогипноз.
3. Купите сигареты в бумажной пачке, не в картонной.
4. Заведите банку для окурков и складывайте в нее сигаретные окурки.
5. Пользуйтесь техниками контроля побуждения.
6. Рассмотрите причины того, чтобы быть некурящим.
7. Составьте список пусковых механизмов и альтернативных способов поведения.

Некоторые участники получают пользу от техники постепенного сокращения количества никотина, которую они используют по желанию. Участников, которые желают попробовать постепенное снижение никотина, инструктируют сокращать число сигарет, которые они выкуривают, примерно на 10% в день и переключиться на марку с более низким содержанием смол и никотина. Участников просят не расстраиваться, если до начала дня «стоп-курению» второй сессии они не смогут сократить потребление никотина в значительной степени. Всем участникам, независимо от того, предпринимают ли они попытку постепенного сокращения никотина, дается инструкция принести на вторую сессию пустую пачку сигарет.

Прежде, чем первая сессия подойдет к своему завершению, тренер раздает участникам шкалу мотивации и контракты для заполнения. В конце сессии участников приглашают объединиться в пару с другим человеком для оказания телефонной помощи, если в качестве социальной поддержки они хотят положиться на другого человека вне своей семьи.

Описание второй сессии

Добро пожаловать на нашу вторую сессию! Приехав сюда, вы снова подтверждаете свое желание стать некурящим. Мы начнем нашу работу сегодня с церемонии «стоп-курению». Вот, что мы сделаем, — надо по-одному пройти в переднюю часть комнаты, скомкать вашу последнюю пачку сигарет и бросить ее в мусорную корзину, которую вы здесь видите. Если хотите, можете не стесняясь сделать заявление в позитивном утвердительном ключе о том, что вы испытываете относительно того, чтобы быть некурящим, в то время как вы выбрасываете свою последнюю пачку сигарет. Если желаете, скажите это перед группой, наряду с утверждением от первого лица, например, *«Я* — некурящий» или *«Я* могу навсегда бросить курить», а мы все покажем вам свою поддержку, хлопая, в то время как вы отказываетесь от своей последней сигареты.

Тем не менее, прежде чем мы это сделаем, давайте кратко рассмотрим наши причины к тому, чтобы покончить с привычкой курить. Давайте немного поделимся и поговорим о том, что мы узнали в течение недели. Давайте поговорим о том, как наша жизнь может измениться к лучшему, если мы бросим курить.
Я знаю, некоторым из вас может показаться, что, выбрасывая

сигареты, вы теряете своего лучшего друга. Но как мы говорили на прошлой неделе, сигареты на самом деле не друг вам, а смертельный враг. Пересмотр наших причин стать некурящими только укрепит вашу решимость. Давайте в течение нескольких минут рассмотрим наши причины. ***[Проводится ритуал «стоп-курению».]***

Я **бы хотел, чтобы мы снова начали с опыта гипноза. Вы немного тренировались в этом. Я сделаю вам внушения, чтобы углубить тот опыт, с которым вы уже познакомились. Ну что же, начнем! Просто закройте свои глаза и начинайте расслабляться, ни о чем не беспокоясь, ни о чем не тревожась... и отправляйтесь в знакомое место, на территорию вашего личного расслабления... вы можете закрыть глаза, так, вы можете закрыть глаза... так легко... так мягко... глаза закрываются, закрываются, закрываются. Пожалуйста, теперь закройте свои глаза, чтобы помочь себе расслабиться еще больше. Интересно, можете ли вы позволить себе расслабиться еще больше, спокойно и легко, расслабленно и безопасно, ваш ум и тело работают вместе, ваше сознательное и ваше бессознательное работают вместе, чтобы стать самыми лучшими... партнерами... партнерами... чтобы защитить ваше здоровье, ваше хорошее самочувствие, вашу жизнь... ваше дыхание. С каждым дыханием, отпускайте все напряжение, которое вам не нужно. Вам оно не нужно... вы его не хотите... у вас его быть не должно. Позвольте любому напряжению, которое вам не нужно, выйти из вашего тела, вытечь из вас. Вам оно не нужно; вы можете выйти из него, чтобы почувствовать себя еще более комфортно. Даже если ваше внимание блуждает, все хорошо, но продолжайте возвращаться на мой голос, в то время как я даю вам полезные внушения... внушения, которыми вы можете воспользоваться.**

Покой... мир... легкость... безмятежность... ничто не беспокоит, ничто не тревожит... вы спокойны... расслаблены... в безопасности... сосредоточены... чувствуете силу, что внутри вас, в то время как вы позволяете любому оставшемуся напряжению, которое вам не нужно, которое вы не хотите, вытекать... из вас... уходить из вас с каждым дыханием. Почувствуйте себя еще более сильными, в то время как вы чувствуете напряжение, которое вам не нужно... да и кому нужно большое напряжение?... оно вытекает из кончиков пальцев ваших рук, из пальцев ног... и вы чувствуете себя спокойнее и спокойнее... все более и более открытыми для внушений... все более созвучными своим луч-

шим интересам... и как это хорошо, не так ли, почувствовать, как вы погружаетесь еще глубже в замечательное состояние вашего сознания, вашего существа... Представьте себе любимый пейзаж, вид особого места, вашу точку, ваше место в пространстве, где вы чувствуете себя так хорошо, так сосредоточенно, так защищенно. Не засыпайте, оставайтесь активным, все же так глубоко расслабленным, лишь на грани засыпания, общаясь со мной на самых глубоких уровнях вашего понимания... все время зная, что вы можете проявить силу, что вам нужна, изнутри себя, ...силу, которую вы найдете... силу, которая внутри... мудрость, которая там хранится для вас... храбрость, которая является частью вас... силу и храбрость, чтобы быть тем, кем вы можете быть... чтобы сделать то, что вам нужно сделать... быть некурящим, каким вы и были в течение очень многих лет до того, как закурили в первый раз. Точно так же, как вы отпускаете ненужное напряжение, вы можете отпустить любые побуждения закурить... просто дайте им уйти... если они возвращаются... отпустите их... они пройдут... но сейчас вы не должны думать даже об этом... в то время как вы осознате все углубляющееся ощущение... ощущение силы, которая внутри... внутри вас... исследуете ее... она там... Теперь мысленно перемещайтесь в это место... своим воображением... своим существом... это место, где вы сосредоточены и защищены.., куда вы можете вернуться в любое время, когда пожелаете... в любое время, когда захотите... вы перемещаетесь, перемещаетесь и перемещаетесь... перетекаете, перетекаете и перетекаете............ В любое время вы можете изменить свое состояние, если захотите пойти еще глубже, пойти еще глубже в своем желании сохранить свое здоровье, чтобы быть некурящим... вам нужно освободиться от этой привычки... а сейчас вас ничто не беспокоит... ничто не нарушает ваш покой... вы можете это сделать... вы можете освободиться от курения... вы можете это сделать... да... учась это делать... больше и больше... все больше и больше... на очень многих уровнях... ваше сознание все более спокойное и ясное... различные группы мышц расслабляются... как приятно расслабиться еще больше, не так ли? Интересно, какие мышцы у вас более расслаблены... ваша шея или ваши веки... сейчас это не имеет значения... имеет ли?., действительно не имеет значения... поскольку вы приближаетесь к этому месту... или вы уже там... на самом деле я не знаю... а ваше дыхание... становится все более медленным... по мере того, как вы расслабляетесь... по мере того как вы отпус-

каете... а может вы чувствуете себя тяжелым или легким, всплывая или тяжело опускаясь... или возможно чувствуете себя расслабленным, тяжелым, легким, парящим — все сразу. Может вы чувствуете комфорт и защищенность, как они окутывают вас приятным одеялом? Или ваше сознание блуждает, в то время как ваше подсознание созвучно вашим самым глубинным смыслам, вашим самым глубоким желаниям — быть некурящим... или вы готовы расслабиться еще больше?

Теперь идите глубже, если хотите... так приятно и легко... сила внутри... двигайтесь к тому месту, или возможно вы уже там... делая шаги, которые необходимы... изучая... как добраться туда, куда вы направляетесь... куда вы хотите пойти... замечая слова и образы, которые легко и естественно к вам приходят... исцеляющие слова и образы... очищающие слова и образы... освобождающие слова и образы... возможно к вам приходит ключевая фраза... нечто, что вы можете сказать в любое время, когда захотите... в любое время, когда пожелаете... фраза, которая касается глубинной части вашего существа... фраза, которая ограждает вас... поддерживает вас... возможно, это — некий образ... Я не знаю... Вы можете сказать эту фразу или представить этот образ в любое время, когда захотите... скажите ее себе сейчас... используйте ее, чтобы заякорить ваше решение навсегда стать некурящим.

В то время как вы это делаете... подумайте обо всех многочисленных причинах, по которым вы навсегда должны бросить курить. Может вы увидите письменную доску?.. Может она черная или зеленая?... Я не знаю... пишите... и слушайте слова, читая свои причины... пишите, почему вы отказываетесь курить... слушайте свой голос, говорящий вам... разговаривающий с вами... о том, почему вы бросите курить... думайте обо всех выгодах... обо всем, что вы должны выиграть... здоровье... сэкономленные деньги... так много выгод... подумайте о еще большем количестве причин... позвольте им продвигать вас глубже и глубже... наполнять вас уверенностью. Помогите себе, в то время как вы продвигаетесь к своей цели... ваша жизнь может так много значить для вас... так много, на что вы должны посмотреть впереди.

Быть может ваши руки чувствуют себя более расслабленными, чем ваши ноги... ваше дыхание такое легкое... возможно, если захотите, вы сможете почувствовать, что ваша голова наклоняется совсем немного... лишь кивок, чтобы сказать *да* ва-

шему намерению бросить курить, только легкий кивок, почувствуйте ваш кивок головой, движение вверх и вниз совсем легкое, небольшой наклон, чтобы выразить *да, да... да* вашему намерению прекратить курение, ваше бессознательное общается с вашим сознанием, выражая ваше желание освободиться от курения... *да... да... да... да,* или, если вы не почувствовали движение своей головы, просто скажите *да, да* самому себе, *да* вашему намерению бросить курить. Двигалась голова или нет, позвольте вашей голове и телу принять удобное отдыхающее положение и создайте ощущение себя, возможно образ, себя некурящего... возможно, вы видите себя с другими... или может быть вы один... чувствуя смысл, что вы можете сказать *да, да* своему здоровью... скажите *да* самому себе... *да...* в течение нескольких минут смотрите на себя, как на некурящего... создайте этот образ... посмотрите на него, почувствуйте, как этот ваш образ становится все более и более реальным... почувствуйте ощущение силы, которая внутри... чувствуете?., или он уже так сильно стал частью вас, что вы его не замечаете? Так, теперь хорошо... ваша потребность курить... любые желания закурить, бывшие когда-то частью вас, исчезают. Они растворяются, отделяются... от вас... развеиваются... как облака на ветру... как тучи, сквозь которые начинает сиять солнце... свет... рассеянный свет... бриз... ветер... мягкое затишье... все это помогает вам поверить, что вы можете быть некурящим для жизни... увидеть, как вы делаете что-то другое в тех ситуациях, в которых вы в прошлом курили... теперь в вашем прошлом... Вы можете сопротивляться курению... любым побуждениям, которые приходят... вы можете наблюдать, как они исчезают... исчезают... как облака на ветру... используйте теперь вашу ключевую фразу. Вы знаете, что ваша сила внутри... увидьте себя некурящим... вам становится виднее... свет освещает вас, ваши причины прекратить курение... вашу волю... ваше решение... сила внутри вас... вы знаете, что курение — это яд... вы уважаете себя... вы защитите свое тело... вам нужно ваше тело... оно нуждается в вас... в вашей силе... в вашей силе воли... Наблюдайте, как исчезает побуждение, если оно появится после нашей сегодняшней сессии... пусть оно приходит, и почувствуйте, как оно уходит...

Подумайте о том, что вы можете сделать помимо курения... так много разного... ваше сознание, работая вместе с подсознанием... помогут вам решить, что сделать... вы знаете, что способны позаботиться... хорошо позаботиться... о других... о себе...

отнестись с добротой... с заботой... направить их на самого себя... научиться искусству струиться, плавно ниспадать вместе с побуждением... скользить по нему... наблюдайте его... выдыхайте его... оно покидает ваше тело с каждым дыханием... позвольте напряжению уйти... позвольте побуждению уйти... оно пройдет... скользите по нему как по волне... оно проходит... продолжайте свою жизнь... не курите... продолжайте свою жизнь... не курите... выдыхайте любое побуждение... наблюдайте его и позвольте ему уйти... оно сменится чем-нибудь другим... поверьте, оно пройдет... вспомните свое обязательство уважать свое тело... заботиться о себе... поверьте, что побуждение пройдет... вы хранитель своего тела... вы можете сделать так много другого помимо курения... любое побуждение проходит... скользите по нему, как по волне... по волне, которая сливается с водой и существует не дольше, чем однажды... пусть оно уплывает... пусть оно исчезает... вы скользите по нему... вы выбираете не курить... вы узнаёте, каким человеком вы можете быть, став некурящим... вы это делаете... делаете сегодня... это важно... и вы делаете это.

Представьте себя в социальных ситуациях... заметьте других людей, поддерживающих вас... замечающих, что вы больше не курите... почувствуйте их уважение к вам... вы управляете собой... Избегайте ситуаций, в которых вы, вероятно, закурили бы... вы заботливы к себе... вы заботитесь о себе... вы знаете, что вы должны делать... скажите этому *да.* Вознаградите себя за то, что не курите... Вы экономите деньги... вы сохраняете свое здоровье... вы позволяете желанию закурить пройти... тренируетесь... едите замедленно... заботитесь о себе... чувствуете гордость, вознаграждаете себя... вы этого заслуживаете... как вы это можете сделать? Покажите себе, что вы можете быть хорошим по отношению к самому себе... да... представьте себя человеком, которым вы хотите быть... двигайтесь по направлению к силе... чтобы быть таким человеком... быть таким человеком...

Приятно почувствовать, как пробуждаются ваши чувства, не так ли? Как у человека, который не курит, ваши чувства будут оживать... прикосновение... запах... как некурящий... вы начинаете ощущать на вкус... действительно пробуете... вы ощущаете свежий запах... свободный от зловония сигарет... свободный от их стойкого запаха... свежий... начинающий восстанавливать ваши ощущения... воспринимая все... как новорожденный ребенок... до того как ваши чувства притупились... ваше тело излечивается... излечивается... вы способны почувствовать вкус

еды... медленно ее прожевывая... с удовольствием... есть замедленно... не слишком много... тренироваться... если хотите... сегодня вы - человек, который не курит... с этого момента и дальше... скажите это себе... «Я - не курю с этого момента и дальше»... да... скажите этому ***да... да...***

Погружайтесь в комфортное состояние... глубже... все глубже и глубже... изучая, укрепляя свое решение... легко... ничто вас не беспокоит, ничто не тревожит... в то время как вы погружаетесь глубже, глубже и глубже, вы все больше осознаете, какой вы есть и каким можете быть... как вы можете использовать то, что узнали... как вы будете помогать себе быть некурящим по жизни... ***новым вы...*** **представьте себя некурящим в ситуациях в прошлом, в которых вас соблазняло желание закурить, представьте, как вы заменяете курение здоровыми привычками... выбирая здоровье и хорошее самочувствие... ваши ощущения живые... гордость, самоконтроль... вы это делаете... используйте свою ключевую фразу... свой якорь... найдите способы укрепить ощущение своего достижения... управляйте тем, что вы делаете и что вы не делаете... вы больше не раб курения... да... вы больше отвечаете за свою жизнь... скажите это себе твердо... Я более ответственный... Я — больше управляю собой... моя сила внутри... откройте для себя силу, что у вас внутри... Я — некурящий. Узнайте, что вы можете это сделать... да... вы способны ко многому... возможно, теперь вы можете усвоить этот факт — каждый день своей жизни вы — некурящий... вы не курите, когда спите... возможно в течение восьми часов в день вы не курите... возможно больше... возможно меньше... вы не чувствуете себя чего-то лишенным из-за того, что не курите, когда спите... ваше сознательное и бессознательное работают вместе... ваше тело расслаблено... ваше тело исцеляется... теперь, когда вы не курите в течение дня... вы излечите свое тело еще больше... и вы можете расслабиться... с тем, что вы узнали... с тем, что вы узнали.**

Как это приятно хорошо себя чувствовать, не так ли?.. По-настоящему хорошо... мирно... мирно и спокойно... удобно и легко... расслабленно... еще более безопасно в самом себе... чувствовать, что ты чего-то стоишь... Теперь, в то время как вы испытываете эти чувства, пожалуйста, соедините свой большой палец с указательным... и создайте свой якорь... лишь слегка коснитесь... создайте якорь и почувствуйте себя так хорошо и расслабленно... больше и больше... больше и больше... еще более уверенно... еще лучше... нежное расслабление... нежные вол-

ны расслабления... поток с ощущением легкости... защищенности... глубокого... глубокого... расслабления... так хорошо... так спокойно... непринужденно... да... почувствуйте это во всем своем теле... расслабляйтесь еще глубже, если хотите... вы — тот, кто создает чувства... так глубоко... вы создаете чувство... вашей силы... вашей защищенности... — внутри... создайте эти чувства... заставьте чувства двигаться и течь вместе с вашей потребностью быть некурящим... расслабляясь... эффективно справляясь с помощью... того якоря... символа вашего сознательного и бессознательного, работающих вместе... вашего ума и тела, работающих вместе... чтобы помочь вам продуктивно управлять своими мыслями и чувствами... с пользой для вас... для вашего здоровья... для вашего самоуважения. Чем больше вы тренируетесь... тем больше развиваете свои навыки и тем лучше вы себя чувствуете... Тренируйтесь рано утром... тренируйтесь в течение дня... по мере того, как вы занимаетесь тем, что делаете по жизни... по мере того, как вы живете и учитесь... больше и больше, и больше... больше и больше... вы можете программировать самого себя... быть некурящим... настраивать себя... настраивать свои чувства... как вы настраивали бы точный инструмент... Используйте свой якорь... произнесите свою ключевую фразу... пересмотрите свои причины для отказа от курения... Если вы испытываете какие-нибудь побуждения... используйте полученное в жизни научение, чтобы сосредоточиться на своем здоровье и хорошем самочувствии, в то время как вы позволяете побуждению исчезать... оно исчезнет... оно пройдет мимо вас, оно уплывет далеко, оно рассеется, как облака на ветру... как волна, исчезающая в океане... Используйте свой якорь... может быть, глубоко вдохните и задержите дыхание, считая до четырех, и затем, по мере того как вы медленно выдыхаете, произнесите свою ключевую фразу... убедитесь, что заякорили эти чувства... вы — *некурящий.*

Погружайтесь... еще глубже... глубже... чем поставили якорь... в основание своего существа... центрируйтесь в самом себе... представьте себя в ситуации, в которой вы могли бы в прошлом испытывать желание закурить... Теперь заякорите свое решение быть некурящим... это ощущение себя как некурящего... почувствуйте, как хорошо... закройте на замок свое решение быть некурящим... с хорошими чувствами... и знанием, что мысли о курении исчезнут... они уйдут... хорошо ощутите, все и вместе... свое тело... свое бессознательное... что сотрудничает с вашим сознанием... все свои чувства, работающие вместе для того, что-

бы помочь вам сделать то, что вы должны сделать... чтобы быть некурящим ради жизни. ***[Сделайте участникам внушение применять самогипноз и использовать то, что они узнали, в реальных жизненных обстоятельствах, и заканчивайте гипноз.]***

Статистические исследования по программе

Статистические исследования по программе показывают, что процент людей, достигающих постоянного отказа от курения в течение 6-ти месячного последующего наблюдения (при N = 236), при разных тренерах, располагается между 24% и 39%. Хотя использовалось одно и то же руководство по обучению, разные тренеры достигали несколько разных результатов. Существенно, что после терапии во время последующего наблюдения, больше чем одна треть (36%) участников, не достигших постоянного отказа от курения, сообщила о сокращении числа выкуриваемых за день сигарет. И наконец, 42% людей, которые не перестали курить, проявили интерес к участию в последующем лечении или к получению дополнительной информации о других способах отказа от курения.

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗМЫШЛЕНИЯ

Эту программу можно адаптировать и подстраивать в индивидуальной работе с пациентами так, чтобы она соответствовала уникальным потребностям их лечения. Однако многие пациенты, независимо от уровня гипнотической внушаемости, могут извлечь пользу из внушений и стратегий, включенных в основную программу. Большей частью даже люди с низкой внушаемостью могут легко испытать внушения, что требует от них не больше, чем умения расслабиться, сфокусировать внимание и представить себе, например, как они сопротивляются курению в различных ситуациях. Эти наблюдения согласуются со многими исследованиями, которые в программах отказа от курения не смогли установить связи между внушаемостью и терапевтическими результатами (см. Green & Lynn, 2000).

Мотивация отказа от курения служит прогностическим фактором его прекращения (Green & Lynn, 2000). Таким образом, следует приложить все усилия, чтобы идентифицировать уникаль-

ные обстоятельства и мысли (например, негативный разговор с самим собой), которые увековечивают поведение курильщика. Один из способов это сделать состоит в том, чтобы заснять участников на видео, в то время как они произносят «Я - некурящий», и спросить их, верят ли они этому заявлению. Пациентов можно неоднократно записывать на видео и расспрашивать до тех пор, пока они не будут удовлетворены и не скажут, что их утверждению «Я — некурящий» можно верить. Часто требуется от трех до пяти видеозаписей, но может потребоваться даже десять испытаний прежде, чем пациент выразит хоть немного удовлетворения. После каждой видеозаписи участники могут тщательно их анализировать и оспаривать мысли, которые препятствовали их заявлению «Я - некурящий». Такая техника часто помогает выявить конкретные мысли, подавляющие мотивацию отказа от курения; далее мы приводим некоторые примеры подобных утверждений вместе с их возможными опровержениями, которые приводятся в круглых скобках:

- «Сейчас я не могу бросить курить; это разрушит мою жизнь». («Возможно, но краткосрочное разрушение стоит долгосрочных выгод от того, чтобы быть некурящим. Рак или серьезная, связанная с курением болезнь являются намного более разрушающими и могут оказаться фатальными».)
- «Сигареты — мой лучший друг». («Рассмотрите факты: сигареты опасны для здоровья, они ваш страшный враг».)
- «Я буду несчастен, если брошу курить». («Возможно да, возможно нет. Но даже если остановка сначала трудна, я могу помочь вам справиться с дискомфортом, и в конечном счете вы станете намного более счастливым».)
- «Я растолстею». («Увеличение веса можно минимизировать или предотвратить, если следовать простому плану контроля за весом. Даже если вы наберете несколько фунтов, риск вреда для здоровья от продолжения курения намного больше, чем риск, связанный с прибавлением некоторого веса».)
- «Я пробовал прежде и потерпел неудачу». («Это правда, но с каждой попыткой остановиться вы увеличиваете свои

шансы на успех. Если вы упорно поработаете на этот раз, возможно, вы будете в состоянии остановиться».)

Для идентификации мыслей и понятий, требующих терапевтического вмешательства, можно также использовать *технику двух стульев,* в которой пациент садится на один из стульев напротив «самого себя» и его просят «говорить голосом своей зависимости» примерно следующим образом: «Я вам нужна; что вы будете без меня делать? Вы можете на меня рассчитывать». В этом случае пациента просят уточнить все позитивное, что он получает от курения, с целью раскрытия вторичной выгоды, а также все его сомнения и двойственные чувства относительно того, чтобы стать некурящим. Затем пациент пересаживается на свой собственный стул и возражает своим положительным заявлениям о курении и своему двойственному отношению к тому, чтобы стать некурящим, приводя жизненно важные причины, почему ему нужно добиться отказа от курения. В диалоге, который разворачивается в то время, как пациент пересаживается со стула на стул, терапевт имеет возможность оспорить его неадекватные мысли и укрепить его причины отказаться от курения.

Техники возрастной прогрессии могут помочь пациентам представить себе свое будущее, в котором они освободились от побуждения закурить и уверены в своей способности быть некурящими по жизни. Тогда участников можно расспросить, как они добились такого «бездымного статуса». Часто с помощью подобных техник можно идентифицировать конкретные препятствия и негативные мысли, мешающие осуществлению этого возможного будущего, и обратиться к ним.

СТАБИЛИЗАЦИЯ ВЕСА

Существует одно общее препятствие на пути к тому, чтобы отказаться от курения, — опасение относительно увеличения веса. Это опасение основано на реальных фактах: больше, чем три четверти людей, которые пробуют бросить курить, набирают вес (USDHHS, 1990), что составляет в среднем 6 фунтов для мужчин и 9 фунтов для женщин (Williamson, Gleaves, & Lawson, 1991). Мы предоставляем участникам, заинтересованным в стабилизации своего веса в дол-

госрочной перспективе, листок-памятку со следующими рекомендациями: (а) соблюдать хорошо сбалансированную диету; (Ь) контролировать и ограничивать потребление калорий и величину порций; (с) избегать перекусов или ограничивать их (то есть ограничить время и место приема пищи); (d) делать физические упражнения три раза в неделю или больше; (е) использовать сигналы сытости, чтобы уменьшить количество съеденного; (f) тренироваться в сдержанности, оставляя еду на тарелке — для некоторых, если не для всех видов пищи; (g) использовать управляемое сигналом расслабление в ситуациях, вызывающих чрезмерное потребление пищи; (h) есть медленно и делать перерывы в еде во время приема пищи; (i) при начинающемся чувстве переедания полоскать рот, чтобы уменьшить сенсорные сигналы (см. также Levitt, 1993), и (j) увеличить физическую активность. Если уже существует проблема ожирения, дополнительные указания и стратегии для похудения можно найти в главе 7.

Чтобы достичь большего, чем временный отказ от курения, часто требуются многократные терапевтические попытки и целый ряд вмешательств (Ziedonis & Williams, 2003). Гипноз в сочетании с когнитивно-поведенческими методами и фармакологическим лечением (чтобы ослабить синдром отмены) может оказаться жизнеспособным подходом к распространенным и часто трудно разрешимым проблемам. Наша программа — эффективна по времени, эффективна по затратам и положительно оценивается даже теми участниками, которые не достигают полного отказа от курения. Она может индивидуально подстраиваться и предъявляться участникам как гипноз, расслабление или строго когнитивно-поведенческое вмешательство без всякой ссылки на гипноз.

7

НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И ОЖИРЕНИЕ

С конца 1970-х годов появился интерес к гипнотерапии пищевых нарушений, поскольку стало очевидно, что гипноз может разнообразить терапевтические процедуры. В этой главе мы описываем, как можно использовать гипноз в качестве дополнения к известной и эмпирически подтвержденной когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) при лечении нарушений пищевого поведения (Fairburn, 1985) и ожирения (Fairbum, Marcus, & Wilson, 1993). Поскольку межличностые проблемы часто вносят свой вклад в беспорядочную еду, гипнотерапия, которую мы представляем, включает в многогранное КПТ-лечение межличностные вмешательства.

Наше обсуждение сосредоточено на терапии булимии и ожирения (в результате излишнего потребления пищи) по следующим причинам: (а) булимия и ожирение встречаются намного чаще, чем анорексия; (Ь) эффективность лечения хорошо задокументирована для женщин с булимией и ожирением, но не получила точной оценки для женщин с анорексией; (с) к гипнотическим внушениям более открыты женщины с булимией, чем женщины с анорексией или нормативные образцы студенток колледжа (Covino, Jimerson, Wolfe, Franko, & Frankel, 1994; Griffiths & Channon-Little, 1993; Pettinati, Horne, & Staats, 1985; Pettinati, Kogan, Margolis, Shrier, &. Wade, 1989). Гросс (Gross, 1983) обнаружил, что только 10% из 500 пациентов с анорексией поддавались гипнотерапии; остальные выражали лежащий в основе страх потери контроля над своей способностью терять вес.

Глава написана в соавторстве с Мэриэллен Кроули и Анной Кемпион.

Прежде чем обсуждать определенные гипнотические процедуры, мы представим информацию, касающуюся распространенности нарушений пищевого поведения среди населения, и, кроме того, опишем эмпирически подтвержденные методы терапии булимии и анорексии, а также (позже в нашем обсуждении) — переедания и ожирения.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Хотя количество мужчин, проявляющих симптомы булимии, с прошлого десятилетия увеличилось, невротическая булимия (НБ) все еще считается женским расстройством. Действительно, 95% людей с диагнозом «нарушение пищевого поведения» — это женщины (Ноек, 1991). Булимия — самое распространенное основное нарушение пищевого поведения, которым страдают от 1 % до 3% населения (L. W. Craighead, 2002). Основные симптомы булимии: (а) повторяющиеся эпизоды пищевой несдержанности, по крайней мере два раза в неделю на протяжении трех месяцев; (Ь) компенсаторные меры по предотвращению увеличения веса, такие как рвота, чрезмерные физические нагрузки и злоупотребление клизмами, слабительными и мочегонными средствами; и (с) самооценка, которая неоправданно зависит от веса и формы тела (Американская психиатрическая ассоциация, 1994). У большинства людей симптомы булимии колеблются по серьезности и частоте проявления, но для небольшой подгруппы они сохраняются несмотря на многократные попытки лечения (Fairburn & Beglin, 1990).

Ожирение - серьезная проблема для здоровья, увеличивающая риск ишемической болезни сердца, инсульта, рака, остеоартроза, гипертонии, диабета II группы, болезни желчного пузыря, апноэ сна и проблем дыхания. Согласно федеральному руководству, выпущен - ному в 1998 году, люди с индексом массы тела (ИМТ; масса тела относительно роста) 25 или больше — имеют избыточный вес, а люди с индексом 30 и выше — страдают ожирением. Приблизительно от 55 до 65 процентов американского населения страдают ожирением или имеют избыточный вес, и число таких людей растет.

Нервная анорексия (НА) менее распространена, чем булимия и ожирение, в процентом отношении она встречается в диапазоне от

0,5% до 1% среди населения (L. W. Craighead, 2002). Нервную анорексию диагностируют в случае, если присутствует отказ поддерживать массу тела на уровне минимального нормального веса или выше в зависимости от возраста и роста (например, масса тела меньше, чем 85% от нормальной) наряду с сильным опасением прибавить в весе или располнеть. Страх полноты сопровождается беспокойством относительно того, как воспринимается вес тела или его форма. Проблемы формы тела могут стать настолько главенствующими, что женщины с анорексией упрямо отрицают серьезность своего низкого веса и настоятельно сопротивляются давлению семьи и других людей к тому, чтобы его набрать. Некоторые исследователи оценивают смертность для НА в 10% - это один из самых высоких показателей смертности для всех психиатрических состояний — с 5%-м увеличением за каждое последующее десятилетие (P. F. Sullivan, 1995). Аменорея (то есть отсутствие по крайней мере трех последовательных менструальных циклов) также должна присутствовать, чтобы подтвердить диагноз, который может быть выставлен или по типу отказа от еды, или по типу переедание-рвота.

В отличие от относительно низкого процента булимии и анорексии, частота встречаемости подклинических пищевых расстройств или неклассифицированных нарушений пищевого поведения является тревожно высокой. Тот факт, что дополнительно от 8 до 16% молодых женщин не имеют диагноза булимии только за счет нехватки одного из симптомов или показывают значительные нарушения пищевых паттернов (L. W. Craighead, 2002; Spitzeretal., 1992), подразумевает, что многие женщины предрасположены к развитию пищевых нарушений. Признаки булимии редко встречаются изолированно: по крайней мере половина пациентов с булимией имеет право на второй диагноз, чаще всего это депрессия, тревога или токсикомания, и половина пациентов с булимией имеет личностные расстройства (Lewinsohn, Striegel-Moore, & Seeley, 2000; Wonderlich & Mitchell, 1997).

ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО ТЕРАПИИ

Психотерапия может восстановить процесс нормального питания и улучшить жизнь многих женщин с нарушениями пищевого поведения. Мета-анализ (Thompson-Brenner, Glass, & Westen,

2003) психотерапевтических опытов лечения нервной булимии, опубликованных между 1980 и 2000 годами, показал, что приблизительно 40% пациентов, прошедших лечение, выздоравливают полностью. Самые эффективные способы лечения для нарушений пищевого поведения — КПТ и межличностная терапия (МЛТ). КПТ слабоструктурирована и сфокусирована на проблеме (Wilson и Fairburn, 1993). Первичные цели терапии включают: (а) изменение дисфункциональных установок по отношению к форме, весу тела и сидению на диете; (Ь) замену опасного сидения на диете более здоровыми пищевыми паттернами; и (с) развитие совладающих навыков, чтобы бороться с побуждением к перееданию и рвоте. КПТ обычно включает более двадцати еженедельных сессий, после чего для оценки последующего прогресса может быть добавлено ограниченное число послетерапевтических сессий, по две в месяц (Wilson & Fairburn, 1993).

Когнитивно-поведенческая терапия для нервной булимии широко расценивается как *терапия выбора.* Отметим, что участники КПТ - исследований типично не имеют коморбидных (сопутствующих) диагнозов. Некоторые исследования показывают, что на самом деле определенные пациенты, включая пациентов с пограничными состояниями (см. напр., Coker, Vize, Wade, & Cooper, 1993), не получают большой пользы от КПТ. Поэтому в качестве жизнеспособного варианта лечения была исследована межличностная терапия. Эта терапия первоначально была разработана для лечения депрессии (Klerman, Weissman, Rounsaville, & Chevron, 1984), она фокусируется на идентификации и изменении текущих межличностных проблем на основе адаптивного разрешения межличностных стрессов и конфликтов (Fairburn, 1997). МЛТ основана на наблюдении, что большинство нарушений пищевого поведения появляется к концу юношеского периода, когда межличностные проблемы становятся наиболее заметными. Чрезмерное потребление пищи служит неадекватным механизмом для того, чтобы справиться с негативными эмоциями, возникающими из-за проблемных отношений в семье или с друзьями (Fairburn & Wilson, 1993). Курс лечения МЛТ - это обычно девятнадцать сессий за 18-недельный период, с восемью начальными сессиями по два раза в неделю, сопровождаемыми восемью еженедельными сессиями и тремя заключительными сессиями через двухнедельные интервалы (Fairburn & Wilson, 1993).

Эмпирическое подтверждение

Эмпирическое подтверждение обоих методов лечения впечатляет. Ферберн (Fairbum, 1985) создал подробное руководство для терапии ожирения и нервной булимии, с адаптацией для индивидуумов с другими нарушениями пищевого поведения (Fairbum, 1985; Fairbum, Marcus, & Wilson, 1993). Его рукописный протокол сыграл незаменимую роль в развитии широкого использования и оценки КПТ в лечении булимии. КПТ успешна в устранении переедания и рвоты приблизительно у половины пациентов с диагнозом булимия (Wilson & Fairburn, 2002). КПТ превосходит антидепрессантное медикаментозное лечение, поддерживающую психотерапию, фокальную психотерапию, чисто поведенческую терапию и экспозиционную терапию (Wilfley et al., 1993; Wilson & Fairbum, 2002).

Межличностная терапия по долгосрочной эффективности соперничает с когнитивно-поведенческой терапией. Результаты контролируемых исследований МЛТ, которые приводятся до настоящего времени, основаны на руководстве по лечению депрессии (Klerman et al., 1984), адаптированном к нарушениям пищевого поведения. Одно из сравнительных исследований (Fairbum, Jones, Peveler, Hope, & O'Connor, 1993) показало, что переедание в результате обоих видов терапии сократилось на 95% и этот уровень сохранялся в обеих терапевтических группах (и КПТ, и МЛТ) на протяжении последующего 12-месячного периода наблюдения. Вызывание рвоты также сократилось на 90,9%, и этот уровень тоже поддерживался в обеих группах на протяжении последующего 12-месячного периода, в обеих группах также понизилась степень диетической сдержанности. Последующее шестилетнее наблюдение показало, что половина участников, прошедших терапию, больше не прибегала к перееданию (Fairburn et al., 1995). Уилфи и коллеги (Wilfley et al, 1993) обнаружили, что обе терапевтические группы (и МЛТ, и КПТ) были одинаково эффективны в существенном снижении переедания в течение целого года, следующего за лечением. В совсем недавнем исследовании (Agras, Walsh, Fairburn, Wilson, & Kraemer, 2000) эффективность КПТ по окончании терапии превосходила эффективность МЛТ. Однако на более долгих периодах последующего наблюдения, длительностью от четырех месяцев до года, обе терапии оказались сопоставимы в терминах ремиссии переедания и рвоты, по сравнению с предыдущими 4 неделями.

Эффекты лечения КПТ вероятно появляются быстрее из-за ее фокусирования на пищевых привычках и дисфункциональных мыслях, которые можно более непосредственно перевести на лучшее психосоциальное функционирование (Fairburn, Jones, et al., 1993). Тем не менее, тот факт, что КПТ и МЛТ приводят к разумно эквивалентным долгосрочным результатам, подчеркивает важность рассмотрения межличностных факторов в лечении булимии (Wilfley et al, 1993; Wilson & Pike, 2001).

Анорексия

Намного меньше исследований проводилось на предмет эффективности терапевтических методов в лечении нервной анорексии, чем булимии, — из-за хронического течения расстройства, из-за сопротивления пациентов лечению, связанного с их нежеланием принять более нормальные пищевые паттерны и, в некоторых случаях, из-за потребности в стационарном или больничном лечении, необходимом для восстановления здорового уровня веса пациентов (Gross, 1983). Тем не менее, внутренние механизмы анорексии в значительной степени подобны тем, которые функционируют при булимии, и «поэтому разумно ожидать, что КПТ, адаптированная соответствующим образом, была бы полезным методом лечения и при анорексии» (Wilson & Fairburn, 2002, p. 576). И обратно — методы, показавшие свою эффективность при анорексии, вероятно, принесут пользу людям с булимией. Лечение анорексии может быть длительным и обычно проводится в течение 12 месяцев, с рекомендованным последующим наблюдением от 6-ти до 12-ти месяцев (Wilson & Fairburn, 2002). Многогранный подход к лечению часто адаптирует и сочетает в себе элементы межличностной терапии, подходов, ориентированных на понимание, и семейной терапии с когнитивно-поведенческой терапией.

ГИПНОЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Красильнек и Холл (Crasilneck & Hall, 1975) были среди первых, кто сообщил об успешном применении гипнотических методов для лечения пациентов с анорексией. Они отметили заметные улучшения больше чем в половине из 70 случаев анорексии, с которыми

они работали с помощью внушений на получение удовольствия от еды и на усиление чувства голода. Крогер и другие (Kroger and Fezler, 1976, Kroger, 1977, H. Spiegel and Spiegel, 1978) сообщают, что гипноз может использоваться как дополнение к программам изменения поведения для усиления мотивации на лечение.

С начала 1980-х годов отчеты о клинических случаях разрекламировали возможность гипноза усиливать самоконроль пациентов и укреплять когнитивное реструктурирование. И хотя строго контролируемых исследований недостаточно, на основании различных клинических исследований и отчетов многие полагают, что гипноз может быть полезным при лечении и булимии, и анорексии (M. Barabasz, 2000; Griffiths, 1989; Gross, 1983; Hornyak, 1996; Lynn, Rhue, Kvaal, & Mare, 1993; Nash & Baker, 1993; Torem, 1992; Vanderlinden & Vandereycken, 1988; Yapko, 1986; D. Young, 1995). Например, Нэш и Бейкер (1993) описали полимодальное лечение нервной анорексии, которое оказалось успешным в лечении 76% из 36 женщин на протяжении 12-ти месяцев. В протоколе лечения объединялись гипнотерапия, индивидуальная и групповая психотерапия и лечение психотропными препаратами. Гипноз использовался для того, чтобы уменьшить напряжение, повысить мастерство, усилить независимость, способствовать ощущению самоконтроля и поддерживать реалистичное осознание тела. Авторы сообщили, что только 53% группы, состоявшей из 31 женщины, которых лечили теми же методами, но без использования гипноза, достигли такого же уровня ремиссии симптома и стабилизации веса.

Такер (Thakur, 1980) сообщает, что существенное улучшение у 10 из 18 людей с анорексией имеет отношение к гипнотерапии, при последующем наблюдении после 6 месяцев и до пяти лет. Самое детальное описание гипнотических методов представил Гросс (1983), ссылаясь на пример 50 пациентов с анорексией. Гросс использовал гипноз, чтобы исправить искаженный образ тела, усилить осознание внутренних стимулов, выстроить самооценку и вызвать чувство контроля над процессом еды. Гросс утверждал, что гипноз подходит для терапии только в случае неавторитарного подхода — при избегании прямых внушений на увеличение веса. Как мы упоминали, в ранних клинических исследованиях применялись разнообразные поведенческие и когнитивно-поведенческие методы. Вандерлинден и Вандерикен (Vanderlinden и Vandereycken, 1988) совсем

недавно систематически интегрировали гипноз в многоплановое лечение булимии, включающее элементы как когнитивно-поведенческой, так и межличностной психотерапии. Например, пациентов просили вообразить, что они сидят за столом во время еды и получают удовольствие от пищи. Затем давались внушения, чтобы они ели медленно, наслаждаясь вкусом пищи, и после этого расслаблялись. Вандерлинден и Вандерикен (1988) также описали разнообразие других когнитивно-поведенческих и гипнотических внушений для запланированного уменьшения переедания, адаптивного копинг-поведения и предотвращения рецидивов, когнитивного реструктурирования и рефрейминга, регрессии возраста ко времени до начала НБ и прогрессии возраста ко времени, когда пациент больше не страдает булимическими симптомами. Джака (Jacka, 1997) предложил использовать гипноз для усиления целого ряда когнитивно-поведенческих вмешательств, включая следующие: принимать пищу регулярно и только в определенное время; позволить чувству голода стать пусковым механизмом для того, чтобы начать есть, и сократить при этом количество съеденного (техника не используется при НА); избегать фастфуда и удлинять приготовление еды; избегать ненужных искушений; придерживаться списка покупок при посещении магазина; стараться есть медленно, растягивать время приема пищи по крайней мере на 20 минут; и идентифицировать и оспаривать иррациональные, связанные с едой мысли (например: «Если я съем шоколад, мне конец»). Наиболее релевантны подходу, который мы представляем, несколько социологических исследований Гриффитс (Griffiths, 1984,1997), иллюстрирующих, как можно включить гипноз в программу когнитивно-поведенческой психотерапии, как у Ферберна (Fairburn, 1985). Она издала краткое терапевтическое руководство по своему подходу (Griffiths, 1995), который назвала *гипноповеденческим лечением.*

Введение в гипноз

Из-за глубокого беспокойства по поводу контроля, которое испытывают женщины, страдающие булимией, управление гипнотическими внушениями следует представлять в форме самогипноза, при котором необходимо искреннее сотрудничество (см. Lynn, Neufeld, & Mare, 1993; Nash & Baker, 1993). Как правило, мы откладываем гипноз до тех пор, пока не будет установлен позитивный

терапевтический альянс и гипноз не будет рассматриваться как подходящее средство для достижения терапевтических целей и задач. Мы стремимся передать идею, что гипноз может усилить контроль над едой, так же как способность быть терпимым, принимать и бороться с неприятными чувствами. Если пациенты передумали относительно перспективы обучения самогипнозу, особенно после того, как мы приложили все усилия, чтобы разуверить их в обычно неправильных представлениях о гипнозе, мы не упорствуем в попытках применять гипноз. Вместо этого мы отмечаем, что существует множество техник, которые, строго говоря, не являются гипнозом, однако могут использовать мыслеобразы и внушения, чтобы добиться контроля над едой. В действительности все гипнотические техники, которые мы рекомендуем, могут осуществляться без их определения в качестве гипнотических. Если гипноз применяется на пациентах с пограничными чертами или значительными диссоциативными тенденциями, процедуры следует изменить так, чтобы во время процесса постоянно подчеркивать чувства защищенности, безопасности пациента и ощущение покоя.

Оценка

Помимо определения того, уместен ли гипноз, оценивание пациентов с нарушениями пищевого поведения влечет за собой сбор следующей информации: (a) текущий психический статус и диагноз пациента; (Ь) мотивация для лечения; (c) личный, межличностный и семейный контексты, в которые вплетено и которыми поддерживается нарушение пищевого поведения; (d) вехи, связанные с развитием, и главные события жизни; (e) проблемы, связанные с самооценкой, депрессией, тревогой и личностными расстройствами, так же как и другие потенциально коморбидные состояния (Wonderlich & Mitchell, 1997); (f) искажение образа тела и страх полноты, история сидения на диете и паттерны переедания-чистки; (g) использование чрезмерных физических нагрузок, мочегонных средств и сиропа ипекакуаны (опасный яд, применяемый для вызывания рвоты), диетических пилюль и злоупотребление слабительным; (h) возможность суицида и (i) выявление физического и сексуального насилия.

Выбор определенной тактики — в том числе определение, в какой степени межличностные темы и вмешательства будут включены в

терапию — зависит от поведенческого или функционального анализа (то есть предшествующих, сопровождающих, последующих) пищевых нарушений. Чтобы выявить характер и свойства межличностного функционирования пациента, врач должен тщательно исследовать всю социальную сеть пациента и структуру его социальной поддержки. Поскольку *социотрофыя — потребность в одобрении других и в угождении другим* — связана с симптомами нарушения пищевого поведения (M. A. Friedman & Wishman, 1998), ее следует расценивать как перфекционизм, являющийся долгосрочным прогностическим фактором дисфункционального пищевого поведения (Joiner, Heatherton, Rudd, & Schmidt, 1997). Мы настоятельно рекомендуем формализовывать производимую оценку, пользуясь высоко валидными инструментами, такими как «Тест пищевых установок» (Garner & Garfmkel, 1979), «Опросник нарушений пищевого поведения»-2 (Garner, 1991), «Экспертиза нарушений пищевого поведения» (Cooper & Fairburn, 1987) и «Опросник депрессии» Бека (см. Beck, Steer, & Garbin, 1988).

Непрерывное сидение на диете может привести к сочетанию серьезных и потенциально опасных для жизни осложнений, включая эндокринные нарушения (например, аменорея), сердечно-сосудистые осложнения (например, гипертония, брадикардия и аритмия) и желудочно-кишечные, гематологические и иммунологические расстройства (см. Garske, 1991; Sheinin, 1988). Вот почему следует провести полную оценку состояния здоровья, включающую при необходимости медицинскую консультацию. Как правило, если вес опускается до уровня на 20—30% ниже идеальной массы тела, рекомендуют госпитализацию, поскольку когнитивные нарушения при серьезном голодании препятствуют пациентам получать пользу от амбулаторного лечения (Andersen, 1995). В последнее время стало более популярным рекомендовать дневной стационар или частичную госпитализацию. Андерсен (1995) в своем обзоре 25 контролируемых испытаний указал, что стационарное или дневное лечение в больнице необходимо только в небольшом количестве случаев. Однако стационарное лечение является обязательным для людей, находящихся в опасности по своему физическому состоянию, так же как для пациентов, которые слабо реагируют на амбулаторное лечение или имеют серьезные психологические проблемы.

Когнитивно-поведенческая терапия и гипноз

У Ферберна когнитивно-поведенческий подход разделен на три стадии, их мы описываем далее наряду с гипнотическими методами, которые могут потенциально улучшить терапевтические результаты. Поскольку предлагаемые для изучения техники опираются друг на друга, для успеха терапии порядок стадий более критичен, чем точный выбор момента времени для их введения (Fairburn, Marcus, & Wilson, 1993).

Сталия 1 : Сессии 1 - 1 0

Основные цели первой стадии состоят в том, чтобы познакомить пациента с когнитивно-поведенческой терапией, с ее основными принципами и начать заменять беспорядочное пищевое поведение более здоровыми, более сбалансированными пищевыми паттернами. Ключевые цели этой стадии: (а) просвятить пациента относительно неблагоприятных последствий зацикливания на диетах, переедании, рвоте и компенсаторных мерах; (Ь) предложить ему более адаптивные альтернативы для регуляции веса и (с) обучить пациента самоконтролю за пищевым поведением (Wilson & Fairburn, 1993). Врач и пациент, таким образом, договариваются относительно здорового диапазона веса, основанного на индексе массы тела, и пациента предостерегают насчет неэффективности компенсаторых мер.

Введение в терапию гипнотических методов типично добавляет одну-три сессии к 20-недельной программе. После того как установлен рабочий раппорт и пациент освоил самогипноз, можно использовать внушения по следующим направлениям не только, чтобы ввести самоконтроль, но и чтобы помочь пациенту лучше понять порочный круг сидения на диете, переедания-рвоты и злоупотребления слабительным (Polivy& Herman, 1985).

Давайте попробуем понять этот порочный круг, войдя в самогипноз и делая следующее: сядьте удобно, расслабьтесь, закройте глаза и представьте, что у вас есть такой специальный телевизор. Вы можете смотреть на себя и чувствовать самого себя в этом телевизоре. Каждый раз, переключая канал на вашем дистанционном пульте, вы идете назад, начиная с вашего текущего возраста, — с каждым щелчком назад вы возвращаетесь на год по времени. Вы можете настроить свой пульт управления точно на то вре-

мя, когда вы впервые испытали переедание и чистку. В любом месте вы можете остановить действие или замедлить его, пользуясь кнопкой «стоп» и регулируя скорость. Вы сможете описать то, что происходит, спокойно и беспристрастно, как объективный наблюдатель, настоящий телекомментатор.

Теперь медленно, медленно настраивайте пульт... идите назад, один год за одно нажатие... медленно... возвращайтесь в тот год, и когда вы там окажетесь, дайте мне знать... просто скажите *«я* там»... хорошо. Теперь точно настройтесь на время как раз перед пищевым разгулом. Скажите мне точно, что случилось... что вы думаете и чувствуете... что происходит... Что побуждает вас это сделать в первый раз?.. Хорошо. Теперь наблюдайте за тем, как разворачивается пищевой разгул. Какую пищу вы едите? Как много? Каковы точные обстоятельства? Что вы думаете чувствуете?.. Хорошо. А теперь эпизод чистки... Что вы думаете и чувствуете?.. Что вы делаете? Теперь разгул закончен. Что вы чувствуете? Что вы думаете? Что вы делаете после этого или хотите сделать?

С помощью повторения этого упражнения с самым последним пищевым разгулом, так же как со множеством промежуточных эпизодов в качестве мишеней возрастной регрессии, можно отследить развитие нарушений и определить, изменились ли мысли, чувства и поведение или они ригидны со времени возникновения цикла переедание-чистка, точная природа которого раскрывается перед пациентом с помощью сократовского диалога (Beck, 1976). Цель этого диалога состоит в том, чтобы объясн ить характер порочного круга «сидение на диете — переедание — чистка» и сообщить следующие пункты. Сначала чистка приветствуется и вероятно повторяется, потому что уменьшает чувство тревоги после чрезмерной еды и предотвращает увеличение веса. Чистка подготавливает последующие моменты переедания, потому что чистка позволяет пациенту компенсировать или «уничтожить» последствия разгула и рационализировать последующее переедание (например, «я всегда могу избавиться от мороженого»). Кроме того, рвоту легче вызывать с более полным животом, при переедании. Во-вторых, вина, стыд, сниженная самооценка и другие отрицательные эмоции, сопровождающие переедание, смягчаются решением придерживаться твердой диеты. Однако сидение на диете увеличивает озабоченность весом и внешним обликом, в то время как пищевая депривация порожда-

ет искушение как следует наесться. В-третьих, наложение строгих правил при сидении на диете в случае даже небольших ошибок или отклонений от «правил», приводит к убеждению, что весь контроль над процессом еды утерян. И в-четвертых — поскольку пищевая пружина выходит из-под контроля, самооценка продолжает падать, что в свою очередь усиливает озабоченность диетой и увеличивет вероятность пищевого разгула, тем самым замыкая саморазрушительный круг.

Приведенное упражнение позволяет познакомиться с правилами самоконтроля и дает возможность врачу и пациенту получить начальное представление и критически осмыслить предшествующие ситуативные и взаимосвязанные мысли, чувства и действия, окружающие переедание и чистку. Пациентов просят вести дневник пищевого поведения и записывать свой вес. Для этого пациентам предоставляются типичные формы. Записи пищевого поведения могут включать дату, время, особенности ситуации, тип и количество съеденной пищи и мотивацию к еде (например, голод, удовольствие, эмоциональный комфорт).

Для самоконтроля между сессиями, для осуществления записей о еде и любых тенденциях к перееданию и для того, чтобы отследить специфические ситуативные пусковые механизмы и сопровождающие их мысли и чувства, могут быть произведены постгипнотические внушения, приведенные ниже.

В течение следующей недели вы будете в состоянии использовать все свои наблюдательные способности, весь свой творческий интеллект, свое понимание и всю свою мотивацию, чтобы больше узнать о своем пищевом поведении и порочном круге, о котором мы говорили. Вы будете в состоянии настроиться на самого себя внутри и на свое окружение, чтобы быть активным и осознавать, в то время как вы будете проживать свой день, есть пищу и записывать свои наблюдения на листах, которые я вам дам... Вы будете замечать, что вы едите, сколько, что вы чувствуете и думаете, и, если вы переедите или объедитесь, у вас появится острое, ясное ощущение того, что вы делаете, чувствуете и думаете перед тем, как вы начнете переедать, и во время того, как вы будете объедаться, так же как и после. Это поможет вам лучше понять, стать более сознательными, настроиться на себя внутри вместо того, чтобы проверять себя снаружи. Вы можете начать

питать себя, относясь к своему телу с уважением, давая себе выбор, принимая ответственность за свою жизнь, за то, что вы в себя кладете, когда и сколько. За счет этого вы сможете определить ситуации с высоким риском - такие, как вечеринки, работа, обед у друзей или шопинг в супермаркете, где вы вероятнее всего объедитесь или почувствуете искушение к тому, чтобы объесться. Еще я хотел бы, чтобы вы себя взвешивали. Не каждый день. Раз в неделю. Утром. Может быть в среду или в четверг. Возможно, вы выберете другой день. На самом деле это не имеет значения. Вы выбираете. Удивите меня. И знайте, то, что вы делаете - это очень важно. Это позволит вам увидеть значимые изменения в весе, а не заниматься многократными взвешиваниями, которые слишком неустойчивы. Мы будем учиться вместе, будем сотрудничать, как команда, изучая и используя полученные знания, чтобы помочь вам достичь ваших целей.

Стадия 1 закладывает основу для последующих задач. За три или четыре сессии пациент может распознать рискованные ситуации и направление своих мыслей, например: «Я — свинья и совсем себя не контролирую!», «Проклятье, вы только посмотрите, какой я жирный!», «Такая тяжелая диета! Я мог бы добавить чипсы и шоколад» и «Я должен был съесть поменьше, а то я превращаюсь в дирижабль», которые могут встречаться и после пищевого разгула, и перед ним. Цель состоит в том, чтобы достичь возрастающего признания наличия связи между мыслями, чувствами, сидением на диете и перееданием, что детально излагается на следующей стадии.

Многие пациенты с нарушениями пищевого поведения приравнивают терапевтические изменения как к угрозе, так и к благоприятной возможности. В конце концов, успешное лечение требует, чтобы они отказались от поведения, которое по крайней мере на короткое время снижает их тревогу. Многие пациенты настолько деморализованы к тому моменту, когда приходят на терапию, что сомневаются, будет ли от нее хоть какой-то прок. На ранних этапах терапии важно выказывать эмпатию опасениям пациента, его сомнениям и признавать ценность переедания, как своеобразного способа справиться с повседневными проблемами. Однако следующие позитивные внушения относительно пользы риска и изменений создают необходимый перевес по отношению к трудности отказаться от переедания и больше не сидеть на диете.

Погружайтесь глубже и глубже в ваш самогипноз... Поймите и признайте, что процесс переедания — когда вы быстро наглатываетесь еды — ничего не решает... Снижение тревоги, которое вы чувствуете, происходит только на очень короткое время, затем оно сменяется проблемами внешнего вида и сидения на диете, и неизбежным плохим отношением к самому себе... Теперь я хотел бы, чтобы вы заглянули в то, что я называю зеркалом будущего. Постарайтесь увидеть себя в этом зеркале в здоровом весе, когда ваша жизнь не вертится вокруг еды и пищи, и когда вы поняли, что вы — это нечто большее, чем то, что вы едите и сколько, и вы ощущаете себя цельным человеком, вы питаете себя и беспокоитесь о своем целом Я, управляете своей жизнью, не переедаете, не используете чисток... не сидите на диете, но умеренны в еде... разумно сдержанны... едите медленнно... Не торопитесь... подумайте о многочисленных причинах, чтобы научиться лучше выдерживать дискомфорт, чтобы найти лучшие способы справляться ситуациями, удобно и легко... не прибегая к быстрому заглатыванию пищи......... Представьте себе, что вы лучше принимаете себя, кто вы есть, что вы есть, какой вы человек, вы более способны отпустить бесполезную самокритику, способны выразить свои потребности другим и больше не стыдитесь своего пищевого поведения... Приятно, не так ли?... лучше управлять собой, хорошо себя чувствовать, ничто не беспокоит, ничто не тревожит, ваш вес находится в здоровом, подходящем для вас диапазоне; то, что вы видите в зеркале будущего, может стать и станет вашим настоящим. Существует сила, которая находится внутри вас, сила внутри, чтобы сделать то, что вы видите в своем будущем, реальностью. В любое время, когда захотите, верните себе это ощущение себя, закройте глаза хотя бы на мгновение, вглядитесь в зеркало будущего и укрепите свое решение.

На следующих четырех или пяти сессиях значительное внимание уделяется просмотру записей, закреплению модели поведения и обучению, в том числе обсуждению точки веса, которую тело пытается защищать. Чтобы нормализовать пищевые паттерны, здесь уместно применять технику образной репетиции, усиленную гипнотическими внушениями. Для расширения межличностных горизонтов пациента и отвлечения его внимания от еды и связанных с ней превратностей, как от центральной точки, вокруг которой сфокусирована вся его жизнь, подходят следующие внушения:

Теперь давайте рассмотрим наш пищевой план, и вы очень, очень тщательно следите за моими словами, поглощая и принимая столько, сколько вам нужно, делая это своим, превращая внушения в действия, которые вы выполните сегодня, завтра и послезавтра, и потом... дальше... в будущем, зная... живя полной жизнью лучшим из возможных способов. Вы чувствуете себя сильным... способным следовать всему тому, о чем мы договорились. Представьте, что вы выполняете каждую задачу, делая то, что вы должны... действуя от своего имени... успешно выполняя... за счет своей силы и воли... радуясь... что вы можете это сделать... перейти к более нормальному пищевому поведению... двигаясь в правильном направлении... обдумывая и планируя свои шаги, маленькие и легкие, планируя свою еду, задумываясь над тем, что вы вкладываете в себя, и не просто глотая что-нибудь, а размышляя, обдумывая каждый день... каждый день... захватывающий по-своему, новый... полный неожиданностей, но то, что вы едите, это никакая не тайна, и в этом есть комфорт, уверенность, знание, что и когда съесть... по крайней мере на этот день... три запланированных приема пищи и три закуски, которые вы планируете на каждый день... так... мы начнем с первого приема пищи, завтрака, и будем придерживаться вашего плана. Мы поговорим о том, что вы будете делать, что вы будете есть после этого упражнения, но у вас уже есть некоторые идеи... Вы в самом начале планирования, теперь представьте себя, как вы едите пищу, пищу, которую вы планируете съесть, пищу, которая вам полезна, здоровую пищу, посмотрите, как вы едите медленно, медленно прожевывая пищу, медленно пробуя на вкус и получая удовольствие, чувствуя ее в своем теле, ощущая, как она питает ваше тело, давая телу все, что нужно... чтобы быть здоровым... при этом вы хорошо себя чувствуете, придерживаясь своего плана, следуя плану, вы можете это, приготовить или съесть столько еды, сколько вы запланировали, — вот как вы начинаете, маленькими шагами, и вы можете всю еду сохранить в себе, всю пищу, которую вы планировали съесть... как в отношениях с другими в вашей жизни, у вас появляется больше доступа к своим чувствам, они меньше скрываются за вашим пищевым поведением... выходят из вас... вы выражаете свои чувства... чувствуя себя удобно... уверенно... у вас есть потребность... позаботиться о себе, позаботиться о других, избегать пищевых продуктов, которыми вы объедались в прошлом, сформировать новые привычки, вырасти, представьте, как вы

говорите «нет» своему любимому лакомству — мороженому — представьте, как вы отказываетесь от него, и представьте, как вы избегаете мест, в которых вы обычно объедались, представьте, как вы убираете мороженое со стола, за которым вы объелись бы в прошлом, представьте, как вы говорите: «Я не буду объедаться». Скажите себе: «Нет, я могу сделать еще что-нибудь, и я сделаю»... Избавьтесь от суррогатной пищи, скажите *нет* старым способам, начните свежие, как вы едите свежие фрукты и овощи, о которых мы говорили, здоровую пищу... Если вы чувствуете, как что-то подталкивает вас к перееданию, вы можете прервать это побуждение, позволить ему пройти... скользите по нему, как по волне... сделайте одну или несколько вещей, о которых мы говорили, отправьтесь на прогулку, которая сделает вас сильным, займитесь активной деятельностью, которая поможет вам справиться... почитайте книгу, поработайте над школьным заданием, позвоните другу... и поймите... у вас есть много вариантов, из которых можно выбирать, особенно если вы не будете торопиться, чтобы рассмотреть их... Представьте, как будто вы чувствуете, что вас соблазняют, но вы сопротивляетесь искушению... скажите *да* высказыванию *нет,* почувствуйте, какие хорошие ощущения возникают от того, что вы питаете и защищаете свое тело, почувствуйте свою силу, почувствуйте, как укрепляется ваше решение, возрастает ваша сила... а теперь еще раз взгляните в зеркало будущего, представьте, что вы больше не в ловушке порочного круга, о котором мы говорили, представьте, как вы улыбаетесь... чувствуете себя хорошо, здоровым и сильным, почувствуйте, чего вы достигли.

Даже на этой относительно ранней стадии лечения пациенты могут войти в самогипноз и тренироваться в прогрессивном расслаблении и в контроле над импульсами, чтобы справиться с ситуациями высокого риска и возникающими побуждениями к перееданию. Мы рекомендуем с помощью частого сканирования тела выделить напряженные места и тренироваться в уменьшении напряжения, «выпуская все напряжение, которое не нужно», как это описано в главе 4. Однако следует предупредить о следующем. Если пациенты сообщают о том, что при усилении расслабления мускулатуры растет число негативных навязчивых мыслей относительно тела, необходимо использовать другие методы, в том числе: (а) методы якорения, при которых большой и указательный пальцы соединяются как сигнал, чтобы почувствовать ощущение спокойствия

и решительность (см. главу 4); (Ь) использование ключевых фраз, типа «сила — внутри» или «здоровая еда — забота о себе», чтобы бороться с побуждением к перееданию; (с) наблюдение за побуждением к перееданию, пока оно не рассеется; (d) использование техники визуализации, например, при первых признаках обжорства — прервать обычное поведение и наблюдать за собой, как на экране телевизора, не избегать проблемы, а позвонить другу и перестать есть; (е) при чрезмерном количестве приемов пищи или при переедании почувствовать, что можешь остановиться в любое время, и осознать, что потребляешь слишком много пищи; почувствовать все тело целиком, как оно замедлилось и что теперь требуется большое усилие, чтобы продолжать дисфункциональную еду; (f) сосредоточиться на том, сколько стоит цикл переедание-рвота, и наградить себя за его нарушение; и (g) отсрочить пищевой разгул по аналогии с отсрочкой тревоги (см. гл. 9), когда пациент может справиться с побуждением к неумеренной еде, откладывая этот процесс на какое-то время (Cooper, Todd, & Wells, 2000). Пациентов можно поощрять, чтобы они говорили себе нечто подобное: «Не скажу, что не могу переесть, но сначала я должен выполнить поручения X». Маневры такого рода могут снизить побуждение к чрезмерной еде.

Сталия 2: восемь сессий

Успешное завершение стадии 2 включает достижение определенных целей, сформулированных на первой стадии, особенно уменьшение частоты циклов переедание-чистка. Как только паттерн пищевого разгула прерывается и становится менее постоянным, можно начинать когнитивное реструктурирование и процесс разрешения проблем. Терапевт и пациент совместно проводят поведенческий анализ для того, чтобы идентифицировать ситуации высокого риска - предвестники переедания, а также иррациональные или дисфункциональные мысли и колебания настроения, тесно связанные с неумеренной едой (что определяется на основании записей самонаблюдения), и чтобы сфокусировать терапию на проблемных мыслях и их отношении к последующему пищевому поведению. К этому времени пациент может уже хорошо знать, что депрессия, межличностные стрессы (например, напряженность на работе, проблемы взаимоотношений) и определенные мысли надежно предшествуют пищевому разгулу.

Когнитивное реструктурирование начинается с объяснения связи между мыслями, чувствами и действиями, также какс описания ключевых признаков непроизвольных, автоматических мыслей, часто повторяющихся в повседневной жизни, что подробно описано в главе 8. Обычные дисфункциональные мысли при нервной булимии (Gamer & Bemis, 1982) часто относятся к категориям дихотомического мышления (напр.: «Я съел шоколад; я — полный неудачник»), сверхобобщения (напр.: «Я съел шоколад — это показывает, что я не могу сопротивляться поеданию сладкого»), усиления (напр.: «Я съел шоколад — это доказывает, что я плохо себя контролирую») и эмоционального рассуждения («Я чувствую себя толстым, значит я толстый»). Многие пациенты свободно сообщают об этих мыслях и по крайней мере смутно представляют себе их иррациональную или искаженную природу.

Однако гораздо труднее бывает идентифицировать дисфункциональные установки, дающие начало автоматическим мыслям, потому что пациент их не осознает, — их нужно вывести из паттернов поведения. Эти установки обычно перемешаны с глобальными проблемами перфекционизма («Я должен быть совершенен во всем, что делаю»), самооценки («Я ничего не стою и непривлекателен»), самоконтроля («Я совсем не владею собой») и чувства вины («Я — плохой и не имею права чувствовать себя хорошо»; Fairburn, Marcus, & Wilson, 1993).

Чтобы оспорить дисфункциональные убеждения пациентов с булимией, очень хорошо подходят методы когнитивного реструктурирования. Эти методы, которые мы детально опишем в следующих главах, включают в себя объективную оценку доказательства конкретной мысли или предсказания (напр.: «Пошла бы ситуация так раньше? О чем была последняя запись в личном дневнике? Если бы это был другой человек, был бы результат таким же?»), переоценку вероятности негативного результата (например, «Является ли 100%-ной вероятностью то, что вы начнете объедаться, если съедите одну шоколадку?») и прямо стимулирующие (вызывающие) конкретные идеи («Верно ли, что вы никогда не должны объедаться, чтобы вас любили?»). Другая техника когнитивного реструктурирования должна оценить «за» и «против» поддерживания конкретного убеждения. Например, терапевт мог бы спросить, есть ли что-нибудь такое, отчего пациентка выиграет, говоря

себе в то время , как она ест печенье, что совсем собой не владеет и должна все время себя контролировать. Принятие того, как человек себя чувствует в определенное время, рассмотрение здоровой альтернативы, действий по воспитанию себя и позитивных совпадающих убеждений - может быть намного более полезно, чем размышления по типу «все или ничего» (то есть видение мира исключительно в черно-белых тонах) и негативное обращение к себе. Хотя одна из наших пациенток первоначально заявляла, что такие виды самокритичных заявлений минимизируют вероятность переедания, внимательное рассмотрение ее отчетов показало, что подобные мысли заранее вызывали у нее негативные эмоции и предшествовали перееданию.

Вмешательства по следующим направлениям могут усилить представления пациента о его самоценности вне проблем формы и веса тела и помочь в развитии более позитивной самооценки, независимой от его дисфункционального пищевого поведения.

> **Теперь погружайтесь глубже и глубже в самогипноз. Хорошо. Я хотел бы, чтобы вы рассказали мне о человеке, которым вы восхищаетесь. Постарайтесь увидеть этого человека мысленным взором. Когда будете готовы, сфотографируйте его. Это может быть человек, которого вы знаете из повседневной жизни или это может быть человек, которого вы никогда не встречали раньше. Это не имеет значения. Важно то, что вы его чувствуете. Вы знаете, какой он в самой глубине его существа. Какой он? Что вы уважаете в этом человеке? Что вам в нем нравится? Представьте себе, что вы что-то делаете вместе с этим человеком. Как вы себя чувствуете в его присутствии? Когда вы почувствуете, что у вас ясная картина и вы ощущаете этого человека, пожалуйста, поделитесь своими впечатлениями со мной.**

Часто пациенты ничего не упоминают о весе или внешнем виде того человека, которым восхищаются. Скорее их отношение к нему происходит из его личных качеств, включая его рассуждения, заботу, доброту, сочувствие, интеллект, чувство юмора, профессиональную этику, артистические или спортивные способности, а также принятие и комфорт, которые пациент чувствует в присутствии этого человека. Явное несоответствие между тем, как пациент оценивает других и тем, как он оценивает себя, предоставляет терапевту возможность решительно возразить пациенту, который це-

леустремленно концентрируется только на поверхностном критерии самооценки, центрируясь на внешности.

После того как пациенты включатся в это упражнение и успешно оспорят свои искаженные убеждения, им можно предложить еще раз пристально посмотреть на самого себя (в зеркало будущего или — если этот образ слишком эмоционально нагружен — в телевизор будущего), измененного за счет нового самовосприятия и более адаптивных мыслей. Могут ли они представить себя более счастливы? Могут ли они настроиться на свои позитивные качества? Могут ли они поверить, что «Я — это нечто большее, чем мой вес» и «Я — нечто большее, чем мое тело»? Могут ли они начать больше уважать человека, которого видят в зеркале (или на телеэкране)? Чувствуют ли они, что лучше владеют собой? Если ответы неутвердительны, тщательное выяснение, почему все обстоит именно так, может предложить направление для последующего когнитивного реструктурирования. Если пациенты выказывают сопротивление когнитивным вмешательствам, следует больше использовать поведенческий и межличностный подходы (Fairburn & Wilson, 1993).

Помимо когнитивного реструктурирования, важные цели второй стадии состоят в том, чтобы закрепить понимание: корень проблемы - в чрезмерных диетических правилах, - и подчеркнуть важность отказа от сидения на диете. Как показано в следующем примере, гипноз можно использовать, чтобы создать иерархию запрещенной пищи (то есть «нездоровой» пищи, которую можно понемногу вводить в рацион в здоровых количествах), начиная с еды, которая вызывает наименьшую тревогу или беспокойство.

Погружайтесь в самогипноз... Представьте себе большой стол, уставленный едой, которую вы любите, едой, которой вы объедались в прошлом и самой соблазнительной. Стол красиво уставлен, еда приглашает себя отведать. Возможно вы видите потрясающее ванильно-шоколадное мороженое или мороженое с другим вкусом, которое вам нравится еще больше... здесь есть картофельные чипсы, которые вы любите, и конфеты, сложенные горкой. Какую еще пищу вы видите? Вы можете сидеть за этим столом или стоять, если хотите, перед ним. Еда так хорошо выглядит, так приятно пахнет легким ароматом хорошего шоколада и жареной кукурузы, и вы почти слышите хрустящий звук чипсов. Но поскольку эта пища была связана с переедани-

ем и неконтролируемыми чувствами, вы избегаете этих запретных удовольствий. Проблема состоит в том, что теперь вы не можете получить удовольствие даже от небольшой, нормальной порции этой еды. Хорошо бы это изменить, не так ли? Чтобы у вас были лучшие отношения с этими продуктами? И с самим собой? Давайте возьмем еду, которая составляет для вас меньшую проблему. Что это? Воздушная кукуруза? Хорошо. Нет хорошей или плохой еды. Позвольте пище быть пищей. Теперь вспомните, что вы уже себе показали, что можете планировать на каждый день здоровую пищу и легкий перекус и настраиваться на умеренность в еде. Давайте проделаем это в воображении с воздушной кукурузой. Хорошо, теперь возьмите это блюдо с воздушной кукурузой. Так хорошо пахнет! Сколько вам надо съесть, чтобы удовлетворить свой вкус, но чтобы вы продолжали чувствовать, что вы владеете собой? Две горстки? Хорошо. Теперь пробуйте. Все в порядке. Вы знаете, что не будете есть больше, чем две горстки. Расслабьтесь. Расслабьтесь глубоко. Скажите себе, что можете съесть первые несколько кусочков и наслаждаться ими, смаковать их и расслабляться. Придумайте для самого себя что-нибудь вроде: «Я могу есть не объедаясь». Вы можете съесть заранее определенное количество. Ешьте. Наслаждайтесь вкусом, чувствуйте структуру пищи. Позвольте ей задержаться на вашем языке. Действительно, попробуйте небольшое количество. Ешьте его медленно. Максимально используйте. Съешьте горстку. Почувствуйте, как она наполняет вас. Вам не нужно еще больше. Жуйте медленно. По мере того как вы чувствуете, что наполняетесь все больше и больше, вы все больше и больше замедляетесь... все больше и больше. Вы остановитесь после второй горстки, может даже немного раньше. Позвольте своему наполнению быть вашим гидом. Если вы едите вторую горсть и хотели бы еще немного, скажите себе, что вам уже достаточно и пора остановиться... пора остановиться... Если вам хочется, выпейте немного воды, прополощите рот... очистите вкус. Погуляйте, почитайте, займитесь активным делом, если хотите. А теперь скажите себе, что вы заботитесь о своих потребностях, не лишая себя еды, но и не объедаясь. Хорошо. Теперь давайте попробуем пищу, которая следующая по списку после воздушной кукурузы может запустить процесс переедания, и подойдем к еде так же, как вы это сделали с воздушной кукурузой. А, это чипсы...

Постгипнотические внушения могут быть очень полезны для укрепления этих видов внушений в повседневной жизни. В этом случае пациент проходит все оставшиеся пункты в иерархии запрещенных продуктов аналогичным образом. Движение может быть медленным, если пациенты сомневаются в своей способности сопротивляться перееданию, которое может развернуться в результате сильного искушения. Чтобы успешнее подниматься по иерархии запрещенных продуктов, терапевт иногда может посчитать необходимым интенсивнее использовать техники управления импульсами (например, расслабление по сигналу) или заняться решением проблем межличностных стрессоров, которые участвуют в искушении к перееданию. Ступени обучения навыкам решения проблем выделены Ферберном, Маркусом и Уилсоном (1993).

Одна из самых больших проблем — установить, какие чувства «питают» переедание и из каких ситуаций они произрастают. Часто начальная оценка и продолжающаяся экспертиза записей самонаблюдения показывают, что главные виновники переедания — межличностные стрессоры и конфликты. Часто оказывается достаточным решить проблему, которая движет человеком в борьбе с трудностями и конфликтами, например, с друзьями, начальством, сотрудниками и возлюбленными, чтобы успокоить эмоциональный поток чувств неадекватности, неудачи, одиночества, отвержения или отказа, запускающих механизм переедания.

Можно использовать самогипноз, чтобы визуализировать проблемные или конфликтогенные межличностные ситуации со значимыми людьми, отмечая возникающие чувства, тенденции избегания и катастрофические мысли и ожидания. Цель вмешательства состоит в том, чтобы сместить фокус внимания пациента на сопереживающее внимание к потребностям других, выдерживая чувства и работая сквозь межличностный конфликт и паттерны избегания, чтобы способствовать открытости, спонтанности и чувствительности в отношениях. Во время гипноза объяснение потребностей и желаний в отношениях можно объединить с подходами к решению проблем, которые используют образную репетицию: (а) для решения межличностных проблем с помощью мозгового штурма, (Ь) для оценки возможных решений и (с) чтобы наметить шаги для решения проблемы, содержащей потенциальные препятствия. После негипнотического мозгового штурма часто появляются два различ-

ных способа решения проблемы, как возможные соперники. Одна из тактик, которую мы используем, включает генерацию пациентом мыслеобразов проблемы и ее потенциальных решений, при этом одно из них разворачивается на одной половине экрана телевизора, в то время как другое решение той же самой проблемы разворачивается на другой половине. По мере разворачивания действия в субтитрах могут появляться чувства и комментарии к ним. Наблюдение сцен с такой точки зрения порождает более объективное рассмотрение возможных решений, все «за» и «против» которых можно оценить после наблюдения одной или обеих сцен. Такие реакции, которые позволяют справиться с ситуацией и кажутся самыми жизнеспособными, могут затем включаться в реальную жизнь, а фактические результаты — отслеживаться, чтобы выверить межличностные реакции с целью уменьшения вероятности будущего конфликта и возникновения пищевого разгула.

Сталия 3

Цель третьей стадии состоит в том, чтобы гарантировать, что терапевтическая польза достижима. Большинство пациентов с булимией на этой стадии еще являются носителями симптомов и могут выражать беспокойство по поводу окончания терапии (Fairburn, Marcus, & Wilson, 1993). Пациента можно успокоить информацией, что во многих случаях прогрессивное улучшение наступает после терапии, если он будет продолжать применять изученные техники. Тем не менее, нереалистичные цели, такие, как «никогда больше не переедать» или «никогда больше не чиститься», могут в гораздо большей степени подготавливать почву для рецидива, чем нереалистичные правила сидения на диете, предрасполагающие к перееданию. Таким образом, пациента нужно подготовить, чтобы он был способен справиться со случайными неудачами, которые могут происходить во время напряженных или эмоциональных периодов. Здесь могут оказаться очень полезными письменные планы действий, детально описывающие копинг-стратегии для того, чтобы бороться со страхом неудачи и унынием, возникающим в этих случаях (Fairburn, Marcus, & Wilson, 1993).

Искаженный образ тела может быть столь же тревожащим, как дисфункциональные или иррациональные мысли о диете и еде. Ферберн, Маркус и Уилсон (Fairburn, Marcus, & Wilson, 1993)

подчеркнули важность проявления внимания во время терапии к искаженному образу тела пациента. Однако телесный образ часто является последним препятствием, которое надо преодолеть при лечении, поскольку изменению поведения часто предшествуют значимые изменения образа тела. Нэши Бейкер (1993) рекомендовали сначала просить, чтобы пациент спроецировал свой телесный образ на экран или нарисовал его на доске, и затем исследовать корни его искаженного самовосприятия, часто лежащие в «злорадных взаимодействиях с членами семьи», посредством возрастной регрессии (p. 390). Затем они рекомендуют с помощью техник образного представления противостоять искажениям телесного образа и внушать конструктивные изменения в образе тела. Эту задачу можно выполнить, если попросить пациента стереть искаженные детали образа тела, мысленно нарисованного на воображаемой доске, и нарисовать заново. Если процедура выявляет тревогу, можно использовать внушения спокойствия, непринужденности и расслабления. Хотя Нэш и Бейкер (1993) обсуждали эту технику в связи с лечением нервной анорексии, мы считаем, что она также полезна в случае лечения пациентов с булимией.

Пациенту следует напомнить, чтобы он применял самогипноз и когнитивно-поведенческие навыки, изученные во время терапии, чтобы избежать ошибок. В дополнение к постгипнотическим внушениям и техникам управления побуждениями, которые мы объясняли ранее, Н. Шпигель и Шпигель (1978) предложили делать следующие внушения пациенту с булимией: «(1) Переедание и недоедание — это оскорбление телесной целостности, в результате они становятся ядом для тела; (2) вам нужно тело, чтобы жить; (3) в той степени, в какой вы хотите жить, вы должны обеспечить своему телу уважение и защиту» (p. 227). Мы рекомендуем также, чтобы пациенты, периодически применяя технику образной репетиции, представляли себя в рискованных ситуациях и видели, например, как они сопротивляются искушению к перееданию, медленно едят, владея собой, и впоследствии испытывают чувство гордости и хорошего самочувствия. И наконец — аудиопленки с записью самогипноза, которые содержат индивидуализированные внушения, включая ключевые фразы, сгенерированные пациентами, и главные существенные особенности терапии, также вероятно усилят и помогут сохранить терапевтические результаты.

Применение гипноза вместе с КПТ (ГКПТ) у пациентов, страдающих ожирением и пищевым разгулом, сравнивали с применением КПТ без гипноза в шести исследованиях (см. Levitt, 1993). В среднем по этим исследованиям потеря веса при добавлении гипноза к когнитивно-поведенческой терапии приблизительно удваивалась по сравнению с КПТ без гипноза. Этот эффект увеличивался со временем, так что различие между ГКПТ и КПТ становилось тем больше, чем дольше длился период последующего наблюдения. Это особенно важно, потому что большинство программ по снижению веса вызывает начальную потерю веса, но вес имеет тенденцию через какое-то время возвращаться. В самых долговременных исследованиях, сравнивающих ГКПТ с КПТ, участники гипнотической группы сохраняли свой сниженный вес на протяжении двухлетнего периода (Bolocofsky, Spinier, & Coulthard-Morris, 1985).

ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ

Как и при лечении нервной булимии, ГКПТ объединяет подходы, связанные с КПТ, с гипнотическими внушениями. Исследование указывает, что страдающие ожирением люди могут получать пользу от КПТ, согласно Фэрберну идр. (Fairburn, Marcus, & Wilson, 1993; Telch, Agras, Rossiter, Wilfley, & Kenardy, 1990; Wilfley et al., 1993), если ее модифицировать с учетом уникальных особенностей людей, страдающих ожирением и перееданием. Например, тогда как люди с булимией типично ищут лечения, чтобы управлять хроническим перееданием, главная цель пациентов, страдающих ожирением, состоит в том, чтобы похудеть; переедание для них — это второстепенная проблема. Кроме того, страдающий ожирением человек может не чувствовать, насколько он действительно полный, они редко применяют чистки или измеряют вес и у них нет тенденции чрезмерно сидеть на диете, в отличие от пациентов с булимией (Fairburn, Marcus, & Wilson, 1993).

Сталия 1

Стадия 1 фокусируется на обучении. Пациенту, страдающему ожирением, следует объяснить связь между потерей веса и перееданием. Пациент должен узнать, что входит в его нормальный рацион

питания, установленный на данный период времени, включиться в режим физических упражнений и исполнять рекомендации, касающиеся предпочтения низкокалорийной пищи и надлежащего регулирования веса тела. Однако пациенту нужно также сообщить о комплексных генетических факторах, относящихся к массе тела и в некоторой степени ограничивающих его контроль над весом (Fairburn, Marcus, & Wilson, 1993). Терапия постоянно фокусируется на *долгосрочном* изменении образа жизни.

Психотерапевты должны проявлять эмпатию к негативным личным, социальным и физическим последствиям ожирения (Fairburn, Marcus, & Wilson, 1993). Поскольку многие пациенты, страдающие ожирением, ранее предпринимали неоднократные попытки похудеть, но безуспешно, и остались с компульсивной пищевой зависимостью, они могут сопротивляться участию в самонаблюдении. Поэтому бывает полезным использовать внушения, направленные на то, чтобы вызвать ощущение надежды и веру в способность питаться умеренно, наряду с воображением успешных результатов и чувством гордости за прилагаемые усилия похудеть.

Стадия 2

Главная цель второй стадии состоит в том, чтобы заменить дисфункциональные мысли, отношения и убеждения, используя техники когнитивного реструктурирования. Поскольку люди с ожирением часто думают, что они зависимы от пищи, им необходимо помочь различить несдержанность в еде и истинную зависимость (напр., алкогольную и злоупотребление лекарствами) следующим образом: (а) в отличие от еды лекарства и алкоголь имеют токсичные или наркотические свойства, с которыми связан синдром отмены; (Ь) в отличие от лекарств и алкоголя, полное воздержание от пищи невыполнимо и нежелательно, поэтому пациенты должны стремиться сохранять самоконтроль и здоровые пищевые паттерны (Fairburn, Marcus, & Wilson, 1993); и (с) генетические и метаболические факторы при ожирении могут ограничить усилия по контролю за весом.

Можно использовать техники когнитивного реструктурирования, чтобы добиться признания пациентами того, что переедание — это поведенческая проблема, которая может подчиняться контролю, а ожирение управляемо только частично. Как и в лечении нерв-

ной булимии, к форме тела и проблемам веса нужно подходить с гипнотическими техниками и техниками когнитивного реструктурирования, терапевту следует использовать техники управляемой экспозиции (см. в гл. 9 - *прим.ред.)* и сосредоточиться на расширении представлений пациента о его самоценности вне проблем формы и веса тела и на развитии его более позитивного ощущения своего Я. Пациент с ожирением должен знать, что кроме его актуального веса низкая самооценка и негативные чувства только усиливают его ощущение себя толстым и уродливым (Fairburn, Marcus, & Wilson, 1993).

Кратко повторим три стадии лечения нервной булимии для терапии пациентов, страдающих ожирением. Сначала пациенты участвуют в самонаблюдении, при котором они ведут пищевые дневники. Затем пациенты изучают управление стимулами, где их инструктируют ограничить ситуации, в которых они будут есть, и снизить присутствие сигналов, которые могут вызывать переедание. Ниже мы даем примеры правил по управлению стимулами для пациентов с ожирением:

- Принимайте пищу только в специально отведенных для этого местах (например, на кухне или в столовой за обеденным столом).
- Ничем другим во время еды не занимайтесь (например, не смотрите телевизор).
- Подавайте пищу в небольших количествах.
- Выходите из-за стола, как только еда окончена.
- Посещая магазин, пользуйтесь списком покупок и покупайте только те продукты, которые есть в списке.
- Уберите подальше легкие закуски и еду для перекуса, чтобы вам было трудно до них добраться.

И наконец, пациентов, страдающих ожирением, инструктируют по изменению пищевого поведения. Мы даем своим пациентам листок-памятку со специальной инструкцией, чтобы замедлить процесс принятия пищи и чтобы за время, отведенное на еду, они употребляли пищи меньше:

- Берите небольшие кусочки пищи.
- Жуйте медленно.

- Смакуйте пищу, чтобы получить от еды максимальное удовольствие.
- Проглотите кусок пищи прежде, чем положить в рот следующий.
- Выдерживайте паузу между соседними кусками.
- Во время паузы кладите столовый прибор на стол.

В крайних случаях можно тренировать пациента такому поведению во время терапевтической сессии. Для этого пациенту полезно прийти на занятие относительно голодным и принести с собой здоровую, низкокалорийную пищу (например, яблоко). Пациента можно попросить оценить степень голода до и после проведения упражнения. Как правило, прием относительно небольшой порции пищи через достаточно длительный период времени (например, половина яблока через 20 минут) приводит к весьма значительному снижению чувства голода. Это вызывает удивление и укрепляет уверенность в ценности медленной еды.

Можно также усилить изменение пищевого поведения с помощью техники образной репетиции, где пациенты сначала представляют себе, что находятся в ситуации высокого риска. Затем они представляют себе то, что им хочется сделать в такой ситуации. И наконец — представляют себе позитивные последствия желаемой реакции, например, как они снизили свой вес, влезли в одежду меньшего размера, испытали чувство гордости за достигнутое и т.д.

Стадия 3

Трудность в лечении ожирения состоит не в том, как вызвать потерю веса, а в том, как не касаться этого вопроса. Еще раз повторим — фокус внимания находится на изменении образа жизни и на том, как его поддерживать, а не на количестве сброшенных килограммов. Этому стремлению можно способствовать с помощью процедур предотвращения рецидива. Стадия 3 КПТ для людей с ожирением параллельна стадии 3 для пациентов с булимией; однако обычно она продолжается еще в течение месяца или больше. Такое продление необходимо, поскольку требуется дополнительное время, чтобы установить здоровые пищевые паттерны. Предотвращение рецидива очень подробно обсуждалось наряду с опасностью эмоциональной еды или позволения пище быть главным источни-

ком подкрепления или самовознаграждения в жизни. Пациентов нужно поддержать, чтобы они продолжали вести уравновешенный образ жизни и после окончания терапии, руководствуясь умеренностью в еде. При этом можно использовать гипнотические техники, например самогипноз, чтобы закрепить приемы, изученные в терапии, в привычном окружении пациента для предотвращения рецидива. Как и при терапии нервной булимии, предотвращение рецидива включает идентификацию ситуаций высокого риска (например, вечеринки, рестораны) и развитие когнитивных и поведенческих стратегий для того, чтобы справляться с этими ситуациями (например, планировать, что будет заказано в ресторане, тренироваться давать ассертивные ответы на предложение съесть побольше на корпоративном обеде).

КПТ - многообещающий способ терапии первого уровня для нарушений пищевого поведения и ожирения. Мы настоятельно рекомендуем многостороннюю терапию, нацеленную на межличностные проблемы, если предварительная оценка показывает, что эти проблемы играют существенную роль в развитии и поддержании дисфункциональных пищевых паттернов. Хотя контрольных исследований, добавляет ли гипноз эффективности хорошо известным способам лечения, проводилось недостаточно, на основании различных клинических источников и отчетов многие полагают — и это согласуется с нашим личным опытом, — что он может значительно усилить терапевтические результаты. Ясно, что необходимо провести дополнительные исследования с целью определить, могут ли гипнотические вмешательства принести пользу в терапевтически провальных случаях. По крайней мере одно из исследований (Mitchell et al., 2002) показало, что для пациентов с булимией, первоначально прошедших когнитивно-поведенческую терапию, в дальнейшем ни межличностная терапия, ни фармакологическое лечение не вносят большого вклада в лечение, — поэтому первоочередной задачей становится исследование по изучению влияния гипноза на таких не поддающихся дальнейшему лечению пациентов.

8

ДЕПРЕССИЯ

Каждый человек время от времени может чувствовать себя угнетенным, но у некоторых людей депрессивные эпизоды длятся в течение многих недель, месяцев и даже лет. Депрессия — наиболее общее диагностированное психиатрическое расстройство, с распространенностью около 25% (Американская психиатрическая ассоциация, 1994; Kessler et al., 1994). Приблизительно одна из пяти женщин и один из десяти мужчин испытывают за свою жизнь *большое депрессивное расстройство* (БДР). Большинство депрессивных людей выздоравливают (с лечением или без него), но рецидив - это обычная проблема, и многие люди испытывают повторяющиеся депрессивные эпизоды на протяжении своей жизни. Некоторые люди остаются хронически депрессивными и не выздоравливают вообще.

Депрессия имеет физические и психологические последствия. Почти две трети совершающих самоубийство людей клинически депрессивны, и воздействие депрессии на физическое здоровье конкурирует с диабетом, артритом и гипертонией. У депресии высокая социальная цена. Депрессия — одна из ведущих причин недееспособности, приводящая к сокращению семейного дохода и увеличению финансовых трудностей в обществе.

До открытия в 1950-х годах антидепрессантов для лечения депрессии применялись кокаин, опиум и электрошоковая терапия. Два класса антидепрессантов — МАО-ингибиторы и трициклиды — были открыты в 1950-е годы. Хотя оба они, казалось, были эф-

фективны, их побочные эффекты стали серьезной проблемой и вынудили многих депрессивных пациентов прекратить принимать их. Открытые в 1980-х и 1990-х селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (SSRIs) имеют меньше побочных эффектов, чем прежние антидепрессанты, и по этой причине они быстро стали излюбленным лечением при депрессии.

Данные, указывающие, что SSRIs могут увеличивать риск самоубийства среди депрессивных пациентов (напр., Healy, 2003; Healy & Whitaker, 2003), привели к возрастающему беспокойству относительно их широкого применения. Этот факт вместе с доказательством того, что антидепрессанты не намного более эффективны, чем плацебо, о чем мы говорили в главе 3 (Kirsch, Moore, Scoboria, & Nicholls, 2002), делает важным определение безопасных и эффективных альтернативных методов лечения. Психотерапия — особенно краткосрочная, структурированная терапия, — нацеленная именно на депрессию, оказывается очень эффективной в лечении широкого спектра депрессивных расстройств — и при использовании дополнительного лечения антидепрессантами, и без него. Эффект от одной лишь психотерапии, измеренный вскоре после ее окончания, подобен эффекту от лечения антидепрессантами, но в конечном счете он оказывается большим, поскольку процент рецидивов после психотерапии ниже, чем после лечения медикаментами (Hollon, Shelton, & Loosen, 1991). Хотя результат присоединения гипноза к психотерапии депрессии непосредственно не оценивался, существуют косвенные свидетельства того, что это должно быть эффективно. В частности, при лечении депрессии ответ на плацебо кажется особенно сильным (Kirsch & Sapirstein, 1998), а состояния, которые подвержены лечению плацебо, вероятно также подвержены гипнотическому лечению.

Очевидный успех антидепрессантов вообще и SSRIs в особенности привел к возникновению биохимических теорий депрессии. Были споры относительно того, могут ли изменения в нейропередаче вылечить депрессию, и если могут, то депрессия, должно быть, обязана своим возникновением сбою в работе мозга. Это умозаключение иногда заставляет людей сомневаться в том, что депрессию можно вылечить без лекарств. Если депрессия — биохимическое расстройство, разве нельзя вылечить ее биохимически? Однако большинство людей не осознает того, что никакого прямого доказательства этих тео-

рий не существует. Они полностью базируются на эффективности лечения антидепрессантами. Но если терапевтическая польза антидепрессантов связана не с их химическим действием, что показывает мета-анализ (Kirschetal., 2002; Kirsch&Sapirstein, 1998),товэтих биохимических теориях стоит усомниться.

ТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИИ

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) и межличностная терапия (МЛТ), с которыми мы познакомились при обсуждении нарушений пищевого поведения, лучше всего эмпирически показаны в качестве способа лечения депрессии (Craighead, 2000). Наиболее полная оценка эффективности КПТ при терапии депрессии была проведена в когнитивной терапии Бека(Веск, Rush, Shaw,&Emery, 1979). Фокус КПТ центрирован на идентификации и изменении: (а) иррациональных (напр., стойких, искаженных, преувеличенных) негативных представлений о себе, о прошлом и будущем; (Ь) навязчивых размышлений о проблемах и неудачном опыте и (с) идей относительно того, что болезненные жизненные обстоятельства устойчивы - «неизменны и неизменяемы» (Yapko, 1993, р. 344). МЛТ обращается к конфликтам и проблемам межличностных отношений, а не к искаженным представлениям, и предназначена для использования в области межличностных споров, нерешенного горя, ролевых переходов и межличностных дефицитов (напр., дефицит эмпатии, социальных навыков; Klerman et al., 1984).

В свете и когнитивных, и межличностных моделей оказывается, что депрессия связана с ригидными, негативными наборами реакций по отношению к себе, к межличностным взаимодействиям и к остальному миру, вызывающими и подпитывающими депрессию. Пессимизм и неэффективные способы решения ситуаций и проблем порождают негативные результат и самооценку, которые в свою очередь питают безотчетную тревогу (дисфорию). Поскольку депрессия, по крайней мере в некоторой степени, самовоспроизводится, ее можно аннулировать, изменив то, как люди думают и как принимают решения, а также изменив их способ взаимодействия с другими, который и вызывает их отвержение.

Когнитивно-поведенческая терапия при депрессии обычно продолжается двадцать сессий или меньше. Лечение в большой степе-

ни зависит от того, принимает ли пациент объяснение, что существует близкая связь между негативными мыслительными паттернами и схемами (то есть убеждениями, лежащими в основе негативных мыслей), депрессией и негативными событиями жизни. Краеугольный камень терапии - это функциональный анализ определенных мыслей, убеждений и ожиданий, которые вносят свой вклад в депрессию. Таким образом, самонаблюдение с целью идентификации и в конечном счете оспаривания связанных с депрессией автоматических мыслей и искаженных идей и ожиданий (например, персонализация, чтение мыслей, сверхобобщение, мышление в категориях черного и белого) является фундаментальным для оценки и лечения симптомов (Beck, 1976). МЛТ, которая проводится в таком же временном интервале, использует самонаблюдение в межличностных ситуациях, чтобы идентифицировать специфические проблемные области и дефицит навыков, релевантных терапии. Мы рекомендуем, чтобы психотерапевты оценили и нацелились на когнитивные искажения, межличностные проблемы и дефициты пациента, которые идентифицируются всесторонним поведенческим или функциональным анализом как предшественники депрессии.

Также обязательно нужно оценить частоту проявления и серьезность симптомов, в том числе суицидальные мысли, алкоголь и использование наркотиков, предписанное медикаментозное лечение и депрессию как его возможный побочный эффект, личную историю болезни (чтобы оценить присутствие сопутствующих заболеваний), семейную историю депрессии и прошлое лечение от депрессии. Мы настоятельно рекомендуем пользоваться надежными психологическими тестами, чтобы индексировать степень депрессии и назначить курс лечения (Шкала депрессии Бека; см. Beck, Steer, & Garbin, 1988).

Автоматические мысли как самовнушение

Автоматические мысли занимают центральное место в когнитивно-поведенческом понимании депрессии и тревоги (Beck, 1976; J. S. Beck, 1995). Это мысли, которые постоянно приходят в голову на протяжении дня. Большинство автоматических мыслей приходят и уходят без того, чтобы на них сосредотачивались, и поэтому о них быстро забывают. Согласно Беку (1976), эмоциональные расстройства зависят от содержания этих автоматических мыслей.

У депрессивных людей автоматические мысли сосредоточены на теме потери, тогда как при тревожных расстройствах фокус приходится на ощущение угрозы. Среди депрессивных пациентов существует тенденция к определенным автоматическим мыслям, которые Бек называет *когнитивной триадой.* Это постоянные негативные мысли *о себе, о мире и о будущем.* Изменение таких мыслей и исправление когнитивных искажений, дающих им начало, — ключевая особенность когнитивной терапии.

С точки зрения гипноза автоматические мысли можно рассматривать как спонтанные самовнушения. Задача терапии состоит в том, чтобы обнаружить дисфункциональные самовнушения, которые пациенты делают самим себе, подвергнуть их сомнению и заменить более адаптивными самовнушениями. У многих пациентов дисфункциональные самовнушения можно раскрыть, попросив их вообразить ситуации, в которых они были печальны и угнетены, и попытаться вспомнить или представить себе мысли, которые тогда приходили им в голову.

Психотерапевт однако, должен иметь в виду, что вспоминание — это реконструктивный процесс. Находится ли человек под гипнозом или нет, его память не работает как видеомагнитофон, в котором можно буквально заново проиграть все то, что случилось раньше. Вместо этого всякий раз, когда человек пытается нечто вспомнить, фрагментарные следы воспоминаний оказываются объединены с когнитивными схемами, убеждениями, планами и соответствующими мыслями и чувствами (см. Mazzoni & Kirsch, 2002). Этот процесс, однако, не препятствует использованию гипнотических образов при раскрытии автоматических мыслей, связанных с депрессивными настроениями. Для депрессивных пациентов обычна негативная оценка ситуации. Таким образом действительно не имеет никакого значения, находится ли фокус на фактическом событии, которое произошло, или на его воображаемом прототипе. Зато, вероятно, будет раскрыт тип автоматических мыслей, которые вызываются этими событиями.

Первый шаг при использовании гипноза для того, чтобы раскрыть, оспорить и изменить автоматические негативные мысли, — установить связь между мыслями и чувствами, как иллюстрирует следующий пример работы психотерапевта с депрессивным подростком:

Терапевт: **Люди часто думают, что это события их жизни заставляют их быть печальными, но на самом деле не сами события являются причиной этой эмоции. А способ, которым мы интерпретируем события, — это он определяет то чувство, которое мы будем испытывать. Представьте себе, что одна из учениц в вашем классе получила на экзамене «Хорошо». Как она будет себя чувствовать?**

Пациент: **Ну, это зависит.**

Терапевт: **От чего?**

Пациент: **Я не знаю. От того, что она думала, я полагаю.**

Терапевт: **Верно! Итак, если она считала, что получит «Отлично», то могла бы подумать: «Я на самом деле оплошала на этом экзамене», — и, наверно, чувствовала бы себя довольно плохо. Но если она ожидала получить «Удовлетворительно», то могла бы подумать: «Эй, я справилась довольно хорошо», — и, как следствие, она, вероятно, будет чувствовать себя тоже довольно хорошо. Таким образом это не отметка заставляет ее плохо себя чувствовать, а то, что она подумала об этой отметке.**

То, как мы думаем о событиях, действует на нас как спонтанное (непосредственное) внушение, которое мы делаем сами себе, точно так же, как действуют внушения, которые мы применяем в гипнозе. В зависимости от характера наших внушений мы можем печалиться, сходить с ума, быть довольными собой или бояться в качестве реакции на эти внушения. Поэтому ситуация, в которой люди чувствуют себя плохо, может помочь выяснить, какое внушение они себе сделали, чтобы оно привело их к такому плохому чувству. Например, вспомните, когда в последний раз у вас внезапно упало настроение?

Пациент: **Это легко. Это было сегодня утром по дороге в школу.**

Терапевт: **И о чем таком вы подумали, что было связано с этим чувством?**

Пациент: ***[Пауза.]*** **Ну и дела, на самом деле я не знаю. Я не могу вспомнить, о чем я думал. Я просто шел в школу и плохо себя почувствовал. Кажется, что так проис-**

ходит все время. Я направляюсь к школе, и если я уже не чувствую себя паршиво, то начинаю.

Терапевт: **Да, мысли подобны этому. Мы все время думаем, делая себе внушения, влияющие на наше настроение, но мы не замечаем своих мыслей, и две минуты спустя уже можем забыть, о чем они были. Давайте посмотрим, сможем ли мы выяснить, к какого рода мыслям вы склоняетесь, когда утром идете в школу. Это — утро. Вы направляетесь к школе. Посмотрите, что находится вокруг вас? Где вы? Но на сей раз осознайте свои мысли и скажите их вслух, как только они придут вам в голову. Мысли, связанные с ощущением паршивости, могут легко прийти на ум сами по себе.**

Пациент: **Я думаю об уроке истории. Это первый урок с утра. Я так сильно отстал. Я никогда не догоню. Я не могу сделать работу. Я просто бесполезен.**

В этом примере пациент придумал спонтанные негативные самовнушения, включающие в себя будущее («я никогда не догоню») и его самого («я не могу сделать работу» и «я просто бесполезен»). Их можно подвергнуть сомнению с помощью сократовского диалога во время гипноза или вне его. По нашему опыту, этой частью процесса когнитивного реструктурирования лучше всего можно управлять вне гипноза. Затем снова можно использовать гипноз, чтобы закрепить альтернативные позитивные самовнушения, которые появятся в результате этого процесса.

Чтобы помочь пациентам идентифицировать привычные негативные самовнушения, можно научить их контролировать свои мысли в течение дня, делая особые пометки относительно этих мыслей, появляющихся как раз перед изменением настроения, и невозможности записывать их как можно скорее. Затем эти записи можно принести на терапевтическую сессию и оценить. И позитивное, и негативное настроение можно использовать как сигнал для познания себя через самонаблюдение. Наблюдение за своими мыслями, связанными с негативным настроением, может выявить негативные самовнушения, которые это состояние вызывают. Таким же важным может оказаться наблюдение за своими мыслями, связанными с позитивным настроением. Помимо раскрытия позитивных самовнушений, которые можно усилить во время гипноза,

они показывают пациенту примеры связи между мыслями и эмоциями. Такие позитивные примеры укрепляют в пациенте веру в то, что настроение можно изменить к лучшему, тем самым сражаясь с безнадежностью и способствуя позитивным ожиданиям.

Оценка и исправление когнитивных искажений

Когнитивные психотерапевты идентифицировали множество когнитивных искажений, которые дают начало негативным автоматическим мыслям. Опознание и подвергание сомнению этих ригидных и иррациональных способов мышления может уменьшить частоту негативных автоматических мыслей и увеличить частоту позитивных альтернатив. Когнитивные терапевты предоставляют также средство, чтобы пациенты могли самостоятельно идентифицировать и оспорить негативные самовнушения. Следующие когнитивные искажения находятся в числе самых распространенных.

Сверхобобщение

Сверхобобщение — тенденция делать чрезмерные выводы из относительно скудных данных. Ключом к его идентификации служит использование таких слов, как *всегда, никогда, все* и *никто*. Пациента, жалующегося на то, что «никто меня не любит», можно было бы спросить: «Кто именно вас не любит?», и затем: «А кто еще?» Без сомнения, в списке будет гораздо меньше человек, чем *все*.

Чтение мыслей

У пациента, заявляющего, что кто-то его не любит, возможно существует когнитивное искажение, известное под названием «чтение мыслей». Это можно выяснить, задав вопрос: «Как вы узнали, что X вас не любит?» Если пациент отвечает, что это заключение следует из прямого заявления X, он или она, вероятно, мыслей не «читают». Однако часто поведенческое доказательство гораздо менее убедительно. Ответ, который предполагает «чтение мыслей», мог бы быть таким: «Иногда, когда я прохожу мимо него на работе и говорю «Привет», он мне даже не отвечает. Он просто игнорирует меня, как будто меня никогда и не было». С помощью сократовского диалога можно воодушевить пациентов, «читающих мысли», на рассмотрение альтернативных объяснений поведения человека, чье

мнение они «читают». «Может вы подумаете о какой-нибудь другой причине, по которой X мог не ответить вам?» «Вы когда-нибудь были так сильно поглощены своими мыслями, что, может быть, даже не замечали, что к вам кто-то обращается?» Проекция самооценки — обычный способ «чтения мыслей». В этом случае человек предполагает, что его собственное негативное представление о себе поддерживается и другими (напр.: «Я кажусь себе совершенно скучным, поэтому они, должно быть, думают, что со мной скучно»).

Помимо содействия депрессии и другим эмоциональным расстройствам «чтение мыслей» является частым источником проблем для проблемных пар. Есть два способа, которыми «чтение мыслей» может создавать неприятности. Один из них — когда член пары предполагает, что он знает, что думает или чувствует его партнер, и действует на основании этого предположения, как если бы было на самом деле так. Второй способ, за счет которого «чтение мыслей» может стать проблемой, — это когда один человек ожидает от другого, что тот и так должен знать, что чувствует первый, и ему не надо сообщать об этом. На самом деле, независимо от того, как хорошо люди знают друг друга или как долго они вместе, они будут часто ошибаться, гадая о том, что их партнеры думают или чувствуют. Поэтому почти всегда лучше спрашивать и говорить, чем угадывать и молчать.

Предсказание будущего

Предсказание будущего — это ожидание негативного исхода с таким ощущением, как будто все уже произошло. Как и в терапии тревожных расстройств, ключ здесь в том, чтобы подвергнуть сомнению оба аспекта предсказанного результата: его вероятность и смысл его усиления. Какова вероятность того, что ожидаемое событие произойдет, и на основании каких эмпирических фактов пациент выносит это суждение? Насколько ужасным было бы, если бы такое событие действительно случилось, и почему оно кажется настолько ужасным?

Дисквалификация

Некоторые пациенты умеют отклонять позитивные следствия в своей жизни, «дисквалифицируя» их. Преуспев, например, в какой-нибудь определенной задаче, пациент может решить, что она «просто

была легкая». Знание пациентом того, что он нравится конкретному человеку, может привести к обесцениванию этого человека. Ключ к дисквалификации — заключение пациента о том, что особый случай, противоречащий его негативному убеждению, «не считается».

Усиление и минимизация

Это дополнительные когнитивные искажения, посредством которых пациенты преувеличивают негативное подтверждение для своих депрессивных убеждений и преуменьшают подтверждение позитивных альтернатив. Телескоп — полезная метафора, для того чтобы помочь пациенту понять это конкретное искажение. Как если бы они смотрели в телескоп, оценивая негативную информацию, а потом, перевернув его, смотрели на позитивную информацию с другого конца.

Персонализация

Персонализация — тенденция все связывать с самим собой, сравнивать себя с другими и принижать себя (например: «Они не говорят со мной, должно быть, я сказал что-то не так»).

Фильтрование

Фильтрование включает фокусирование на одном аспекте ситуации, исключая все остальные (например: «Я несколько раз запнулся, пока говорил; я все испортил»).

Черно-белое мышление

Депрессивные пациенты часто думают о происходящем в терминах «все или ничего» вместо спектра (например: «Если я не совершенен, тогда я — полный ноль»),

Долженствование

Утверждение *«должен»* происходит из ригидных размышлений о «правильных» и «неправильных» мыслях или поведении. В результате человек говорит сам с собой осуждающе и считает себя и других плохими или дефектными (например: «Я не должен быть таким нервным в социальных ситуациях»).

Это — популярное когнитивное искажение, которое некоторые могут даже защищать. Послание состоит в следующем: «Если вы чувствуете, что это правда, — это правда». Без сомнения, полезно обращать внимание на свои чувства, но одинаково верно и то, что нечто, что мы чувствуем правильным, может оказаться неправильным. Когнитивное искажение эмоционального мышления - депрессогенный способ заполучить «разрыв между головой и сердцем», — когда человек чувствует, что нечто верно, логически зная, что это не так. Его антитеза, рациональное мышление, является способом противодействовать негативным самовнушениям.

Как только пациенты идентифицировали у себя нереалистичные мысли, относящиеся к этим категориям, они могут научиться противодействовать им с помощью прямых, конкретных способов. Например, в случае «чтения мыслей» пациенты могут действовать так, как указано в следующем тексте.

Терапевт: **Теперь погружайтесь в самогипноз и задайте себе вопрос, действительно ли вы верите, что можете читать мысли? Если вы ответили «да», порассуждайте вот о чем: часто ли вы можете прочитать общую стоимость своей покупки из головы у продавца или кличку домашнего животного из головы его владельца? Можете ли вы сказать, когда люди думают о своих дружественных или щедрых чувствах по отношению к вам? Если вы ответили на эти вопросы отрицательно, возможно, вы применяете другие стандарты по отношению к себе в нейтральных и положительных ситуациях, чем в тех, когда боитесь негативной оценки. Вспомните, тенденция полагать, что другие плохо о вас думают, характерна для социальной тревоги. В следующий раз, когда вы заметите, что занимаетесь чтением мыслей, напомните себе, что больше вы не должны ограничивать себя этим мысленным обманом.**

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ТЕХНИКИ

Часто люди чувствуют одно, хотя логически знают совсем другое, правильное, — этот феномен играет особо важную роль в когнитивной терапии. Когда эффективно оспаривается какое-нибудь

давнее убеждение, часто наблюдается переходный период, в котором существует «разрыв между головой и сердцем». Пациент знает, что он не обречен на неудачу, но все еще чувствует себя таковым. В этот момент задача терапии — чтобы голова убедила сердце в том, что она знает, что верно на самом деле.

Техника *пустого стула* — один из способов облегчить этот процесс. Пациента просят говорить только от сердца, сидя на одном стуле, и только от головы, сидя на другом. Тогда эти две стороны могут войти в диалог, говоря по очереди, при этом психотерапевт подает пациенту сигнал сменить стул, когда одна из сторон закончила говорить на данный момент.

Гипнотическое внушение — другой способ облегчить решение проблемы раскола между головой и сердцем. Гипнотический контекст разрешает психотерапевту повторять одну и ту же идею многократно. Это повторение, конечно же, фундаментальная часть большинства гипнотических наведений. Гипноз разрешает также более эмфатический*тон голоса, чем в обычной беседе, что смещает внимание пациента на внушения, а за счет эмфатических повторений новые знания легче усваиваются пациентом «на уровне кишок».

Противодействие низкой самооценке

Депрессия почти неизменно сопровождается низкой самооценкой. Один из способов противодействия низкой самооценке состоит в том, чтобы пациенты составили список человеческих качеств, которыми они восхищаются, — качеств, которые они оценили бы в друге. Затем пациента просят пометить в списке те качества, которыми они обладают сами. Большинство людей с низкой самооценкой с удивлением обнаруживают, что обладают большинством признаков, которые они больше всего ценят в других. Этот список затем можно использовать в гипнозе и вне его, чтобы способствовать процессу более точного и функционального оценивания себя.

Построение позитивных ожиданий

Мощный плацебо-эффект, выявленный при клинических испытаниях антидепрессантов (Kirsch & Sapirstein, 1998) подчеркивает роль ожиданий в лечении депрессии. Учитывая то факт, что

’ Выразительный, настойчивый, решительный, многозначительный. — ***Прим. пер.***

при депрессии пациенты центрированы на безнадежности (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978), это совсем не удивительно. Безнадежность — это ожидание, ожидание того, что плохое положение дел не станет лучше, независимо оттого, что будет делать человек, чтобы его исправить.

Если бы вы спросили депрессивных людей о худшей вещи в их жизни, многие ответили бы, что это их депрессия. Они полагают, что их депрессия будет продолжаться, что бы они ни делали, — это действительно очень угнетающая мысль. Как заметил Тисдейл (Teasdale, 1985), эти люди угнетены своей депрессией. Если дело обстоит так, то ожидание улучшений должно вызывать улучшение; то есть вера в то, что человеку станет лучше, — это противоположность безнадежности, поддерживающей депрессию или по крайней мере являющейся ее важным компонентом. Вот почему противодействие негативным ожиданиям и выстраивание ожиданий позитивных — существенный компонент в лечении депрессии.

Майкл Япко (напр., Yapko, 1992,1993,2003) обрисовал разумный и прямонаправленный процесс построения ожиданий и лечения депрессии с помощью гипноза. Япко разработал то, что он называет *гипнотическим процессом* для построения ожиданий. Он утверждает, что у депрессивных людей имеется устойчивый когнитивный дефицит, или атрибутивный стиль, — то, что он называет «расстройством временной ориентации» (Yapko, 1989), при котором негативные жизненные обстоятельства воспринимаются как не поддающиеся изменениям. Чтобы дать пациенту надежду, построить позитивные ожидания и урезать, если не уничтожить, его ригидный способ обращения с жизнью, Япко рекомендует вводить гипноз уже на первой сессии. Его *процесс* включает прерывание у пациентов, до этого находившихся «как в ореховой скорлупе», негативных ожиданий будущего, содействие осознанию личностных ресурсов, усиление и направление мотивации пациентов на изменение и репетицию новых паттернов и способов поведения, чтобы справиться с вызовами повседневной жизни. Опора для построения ожиданий — возрастная прогрессия, в которой пациента «вдохновляют пережить сейчас позитивные последствия будущего, являющиеся результатом осуществления новых изменений и решений» (Yapko, 1993, p. 345). Япко (1993) предоставил следующий пример внушений, которые являются общими и все же звучат по-особому, их можно давать на самых ранних стадиях лечения:

Вы описали дискомфорт, который заставил вас искать помощи... и вы хотите чувствовать себя по-другому *[так]...* и на самом деле вы еще не знаете, что вы можете... но вы быстро обнаружите, что вы все время знали... что когда вы делаете что-то иначе, не так, как обычно... результат тоже будет другой... и так вы можете продвигаться вперед по времени... это началось с тех пор, как мы работаем вместе... и вы можете воспользоваться моментом, чтобы полностью быть там... и быть способным пересмотреть решения, которые вы недавно приняли... сделать по-другому... и вы можете пересмотреть позитивные последствия тех решений... по всем измерениям внутри вас... и что за удовольствие обнаружить, что вы так способны... к перемене мыслей и чувств... и что вы можете наслаждаться помощью, ради которой вы так сильно трудились... и почему бы вам не посмотреть вперед на еще большие изменения... что вы хорошо себя чувствуете... по мере того как вы открываете все больше и больше способов использовать то, чему вы научились, чтобы продолжать становиться сильнее (р. 345—346).

Такого рода внушения могут вкладываться в более охватывающие последовательности шагов для построения ожиданий, как это предусмотерено уЯпко (2002, р.67):

1. Идентифицируйте цель (ожидание относительно чего конкретно?) .
2. Используйте наведение, чтобы построить набор ответов.
3. Используйте метафоры, иллюстрирующие неизбежность изменений.
4. Предложите пациенту универсальные метафоры относительно будущих возможностей (например, будут важные изменения и достижения в медицине и технологии.)
5. Отличите прошлые события от будущих возможностей (например: «Было почти невозможно предсказать, что однажды мы будем дружить с Россией»),
6. Предложите пациенту обратную связь относительно уместности и выполнимости его личных целей.
7. Придавайте большое значение новым сегодняшним действиям, которые приведут к завтрашним улучшенным возможностям.
8. Определите конкретные ресурсы человека, которые можно использовать для достижения конкретной цели.

9. Введите различие между настроением и действием: чувства не должны руководить действиями.
10. Придавайте значение шагам действия в качестве способа преодоления чувств сомнения или безнадежности.
11. Укрепите готовность пациента экспериментировать.
12. Обобщайте ресурсы в будущие возможности: побудите пациента использовать новые навыки и в общих, и в конкретных ситуативных контекстах.
13. Используйте постгипнотические внушения для обобщения и интеграции гипнотического опыта в повседневную жизнь.
14. Выведите пациента из гипнотического состояния и закончите гипноз.

Пошаговый подход Япко (2002), приведенный далее, предназначен для того, чтобы направлять пациентов на исследование набора вариантов и создание «эмоционально и интеллектуально разумных решений» (р. 104) в качестве противовеса чрезмерному размышлению и пассивности:

1. Начните процесс индукции.
2. Выстраивайте набор ответов касательно выбора (например: «Вы можете выбрать, когда закрыть свои глаза... чтобы заметить, какая часть вашего тела больше всего расслаблена... когда будете читать книгу дома или готовить пищу, если вы голодны»),
3. Опишите возможные точки зрения: нет единой точки зрения, какое решение принять. Можно выбрать, что легче всего достичь и что лучше всего достичь, в терминах конкретной цели.
4. Продемонстрируйте альтернативные точки зрения на проблемную ситуацию. Различные точки зрения можно сгенерировать с участием пациента — в его внутреннем диалоге с помощью воображения того, что могли бы сказать или сделать другие, или даже консультируя других относительно их взглядов.
5. Установите цель. Выбор лучше всего производить в связи с определенными целями. Побудите пациента рассмотреть, какая система взглядов или точка зрения являются

наиболее подходящими для достижения установленной цели.

6. Идентифицируйте вероятные варианты: сфокусируйте пациента на выборе стратегий по достижению цели, которые являются разумными и эффективными.
7. Используйте возрастную регрессию для исследования последствий каждого выбора. Япко (2002) дает следующий пример, в некотором отношении подобный описанному ранее внушению возрастной прогрессии: «Следуйте своему решению, чтобы увидеть, где это с вами произошло куда оно приведет вас... и вы можете в деталях представить, как прошли месяцы с тех пор, как вы избрали новую дорогу и стали по ней следовать... заметьте, как это ощущается, что вы решили... и что именно это заставило вас за эти месяцы поступать по-другому... и что именно теперь у вас лучше внутри... и что именно это позволило вам сделать то, что прежде вы чувствовали себя сделать неспособным...» (p. 107).
8. Идентифицируйте определенные шаги действия, связанные со сделанным выбором.
9. Свяжите действие с контекстом и укрепите это. Сделайте внушения, поощряющие пациента оценить различные варианты и выбрать разумный план действий, который можно выполнять пошагово для достижения целей в обычной жизни.
10. Используйте постгипнотические внушения. Япко (2002) рекомендует следующие виды внушений: «Вы можете приятно удивиться, насколько это станет для вас привычным... принять решение в соответствии с тем, что для вас самое лучшее в конечном счете... а не с тем, что самое простое на первый взгляд... и вы можете хорошо себя чувствовать от того, как быстро вы, кажется, пришли к обдуманным выводам ... и к осуществлению целеустремленного действия, которое приносит вам пользу... и помогает вам настолько лучше чувствовать себя и свою жизнь» (p. 108).

Подход Япко к лечению депрессии полностью совместим с нашим утверждением, что позитивные ожидания и адаптивные на

боры реакций способствуют достижению личных целей, изменению привычек и регулированию эмоций. Программа Япко для терапии депрессии достаточно разработана, чтобы разрешить контрольные испытания результатов. Недавно разработанная, доступная в продаже аудиозапись *«Сосредоточьтесь на “Чувствую себя хорошо ”»* - состоит из семи гипнотических сессий, каждая из которых нацелена на различную проблему (или симптом), обычно связанную с депрессией. Этот материал может предоставить исследовательскую базу для сравнения результатов протокола самопомощи при лечении депрессии с отсутствием лечения, так же как для сравнения результатов лечебных процедур с гипнотическим наведением и лечебных процедур без него.

Предотвращение рецидива: тренинг полной осознанности

Одно из преимуществ психотерапии в лечении депрессии состоит в том, что она уменьшает процент рецидивов по сравнению с медикаментозным лечением антидепрессантами (Hollon et al., 1991). Терапия часто включает в себя обучение новым навыкам для управления жизненными проблемами, и однажды усвоенный навык приносит пользу и в дальнейшем. Так, человеку, научившемуся водить автомобиль, не нужно продолжать брать уроки вождения, чтобы не забыть, как это делается. Напротив, лечение антидепрессантами несет в себе неявное послание о том, что депрессия будет снижена лишь до тех пор, пока продолжается лечение.

Акцентируя в лечении компоненту приобретения навыков, можно предотвратить наступление рецидива. В частности, в предотвращении рецидивов особенно эффективны техники *состояния полной осознанности* (Segal, Williams, & Teasdale, 2002). Кабат-Зинн (Kabat-Zinn, 2003) определял состояние полной осознанности как безоценочное осознание, проявляющееся через целенаправленное внимание к разворачиванию опыта мгновение-за-мгновением. Состояние полной осознанности подразумевает полное и неприкрашенное принятие неприятных событий, так же как приятных. Оно учит людей относиться к мыслям и чувствам с более широкой, «децентрированной» точки зрения, как к «мысленным событиям», а не как к аспектам себя или обязательно точному отраже-

нию реальности (Teasdale, Segal, & Williams, 2003). Мета-анализ (Baer, 2003) и обзоры квалифицированных исследований (Walsh, 1999) свидетельствуют о благотворном эффекте техник *полной осознанности* (например, медитация) при многочисленных измерениях психологического функционирования.

Обучение *состоянию полной осознанности* может быть легко включено в гипнотерапию. Мы обучаем пациентов одному или нескольким из следующих упражнений на *состояние полной осознанности,* ими можно заниматься короткие периоды времени в течение дня или во время спокойного сидения после погружения в самогипноз более длительное время — от 10 до 30 минут. Наша цель состоит в том, чтобы помочь пациентам освоиться с быстро проходящими эмоциональными состояниями и принять их, а также узнать, что не обязательно продолжать реагировать на них обычным, неадекватным способом, в том числе избегая глубоких эмоций. Ниже мы приводим некоторые из внушений *состояния полной осознанности,* которые можно давать пациентам, находящимся под гипнозом, и впоследствии закреплять самогипнозом.

- Представьте себе, что ваши мысли написаны на знаменах, которые несут шагающие на параде солдаты (Hayes, 2002), или что мысли «все время расходятся в разные стороны, как персонажи, шествующие по сцене» (Rimpoche, 1981, p. 53). Наблюдайте за парадом мыслей и за тем, как вас поглощает какая-нибудь из них.
- Представьте себе ум в виде ленточного конвейера. Мысли и чувства, спускающиеся по его ленте, рассматривают, помечают ярлыками и сортируют (Linehan, 1994).
- Ум — это небо, а мысли, чувства и ощущения — облака, которые проплывают мимо; просто наблюдайте их (Linehan, 1994).
- Представьте, что каждая мысль — это рябь на воде или свет на листьях. Они естественным образом распадаются (Rimpoche, 1981, p. 44).

В контрольном исследовании было показано, что использование техник *полной осознанности* эффективно для предотвращения рецидива депрессии (Segal, Williams, & Teasdale, 2002).

В заключение отметим, что депрессия — самое распространенное психологическое расстройство. Это — серьезное расстройство, которое может иметь глубокие личные и социальные последствия. К счастью, она успешно излечивается, поскольку отвечает на исключительно широкое разнообразие способов лечения. Результаты когнитивной и межличностной терапии особенно хорошо подтверждены и рекомендованы. Хотя доказательства этого в значительной степени косвенные, есть причины подозревать, что, как и при многих других состояниях, гипноз может являться полезным катализатором, усиливающим эффективность лечения депрессии. Помимо всего прочего, гипноз предоставляет возможность использования плацебо-эффекта без применения обмана, что является особо важным в лечении депрессии, где эффект плацебо чрезвычайно силен.

9

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Когда многие люди думают о гипнозе, образ, который приходит им в голову, — это гипнотизер, размахивающий перед человеком часами или неким блестящим предметом на цепочке и повторяющий: «Расслабьтесь, расслабьтесь». Хотя этот стереотипный образ не охватывает тех многогранных техник и стратегий, что находятся в распоряжении современных практиков гипноза, он подразумевает, что гипноз действительно может заменить чувство тревоги расслаблением. И ведь так и происходит, хотя снизить тревогу с помощью гипнотических процедур совсем не так просто. В этой главе мы покажем, как можно интегрировать гипнотические методы с когнитивно-поведенческими принципами и техниками, которые показали свою эффективность в лечении тревоги. Мы опишем гипнотические и негипнотические процедуры тренинга самоуправления, когнитивную терапию и техники экспозиции. Некоторые примеры предполагают, что пациент уже обучен основным процедурам самогипноза, как описано в главе 4.

Тот факт, что гипноз является полезным дополнением в лечении тревоги, существенен по следующей причине: тревога всепроникающа и может быть изнуряющей. Более 19 миллионов американцев в возрасте от 18 до 54 лет каждый год страдают от одного или нескольких тревожных расстройств (Национальный институт психического здоровья [NIMH], 2002), апримерно 12,5миллионов человек так сильно страдают от расстройств, связанных с тревожностью, что ищут психиатрической помощи (Narrow, Rae, & Regier, 1998). В 2001 году симптомами паники (например, ускоренное сердцебиение, головокружение, ощущение нереальности) страдали

приблизительно от одной трети до половины жителей Соединенных Штатов (NIMH, 2001) и приблизительно 2,4 миллиона человек страдали от панических расстройств, отмеченных повторяющимися паническими атаками (Kessler et al., 1994).

Паника — неотъемлемая часть многих тревожных состояний. Примерно у 75% людей с паническими расстройствами страхи генерализуются на грани агорафобии, состояния, при котором люди боятся, что в случае паники помощь может оказаться им недоступной или избавление будет трудным, или им будет неловко перед окружающими. Хотя агорафобия встречается не больше, чем у 5% населения, страх заставляет некоторых людей сидеть дома (Kessler и др., 1994).

Более распространенные социальные страхи в основном не так изнурительны, как агорафобия. Однако чрезмерный и беспричинный социальный страх обременяет жизнь приблизительно 13,5% населения, что делает его самой широко распространенной фобией и тревожным состоянием (Kessler и др., 1994). Распространены также страхи определенных объектов, например жуков или змей, или ситуаций, например грозы, от них страдает один из каждых девяти человек. Для некоторых людей тревога не фокусируется на конкретном месте или событии, а скорее тесно вплетена в ткань повседневной деятельности. Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) состоит из тревожных мыслей, физической и эмоциональной напряженности и ощущения тревожных предчувствий, которые сгущаются вокруг потенциальных угроз. 9,2 миллиона американцев находятся в состоянии, которое по диагностическим критериям первичного или вторичного психиатрического диагноза полностью соответствует ГТР, и в среднем испытывают беспокойство в течение 60% времени каждый день, по сравнению с остальной частью населения, которая беспокоится только 18% времени (NIMH, 2002).

В ЧЕМ ПРИЧИНА ТРЕВОГИ? ПЕРЕКОНСТРУИРОВАНИЕ

Лечение тревоги гипнозом и доказательно-обоснованными методами включает в себя процесс переконструирования, действующий, фактически, от найденных причин тревоги к лечению самой

тревоги (Mellinger& Lynn, 2003). Так, разбирая сломанный механизм, чтобы выяснить, как его починить и заставить работать, в процессе мы узнаем, почему он «тикает». Переконструирование помогает сохранять, улучшать и переделывать различные вещи, начиная от детских велосипедов до ровно бьющихся искусственных сердец. В применении к тревожным расстройствам переконструирование включает: анализ катастрофического мышления; определение того, что пошло не так, как надо, когда система предупреждения об опасности перестала работать должным образом; и использование техник, предназначенных для систематического исправления нарушений и восстановления здорового функционирования.

«Катастрофическое» мышление

Чтобы запустить процесс, обратный по отношению к тревоге, сначала нужно понять, что ее вызывает. «Катастрофическое» мышление — определяющий признак многих тревожных состояний (Beck, 1976; Ellis, 1962; Ellis & Dryden, 1997). Тревожные люди часто предсказывают, что произойдут ужасные события, даже если вероятность того, что эти события на самом деле произойдут, очень низка. Хотя фобические ситуации или объекты опасны, их опасность по определению преувеличена: они не смертельны и не неизбежны. Люди с фобиями имеют тенденцию преувеличивать негативное влияние своих конкретных фобических ситуаций, а люди с диагнозом ЕТР имеют тенденцию преувеличивать вероятность появления негативных событий. Катастрофизация — фундаментальная ошибка тревожного мышления, когда люди преувеличивают негативность последствий, которые произойдут или явятся результатом вхождения в вызывающую тревогу ситуацию. Если человек думает, что лифт небезопасен и сорвется вниз, понятно, что у человека в этой ситуации усилится сердцебиение. Если человек ожидает, что при входе в лифт у него начнется приступ (атака) тревоги, то понятно, что нажимая на кнопку лифта, он заметит свое ускоренное сердцебиение, и у него начнется паника.

Ожидание тревоги

Ожидание тревоги — предчувствие возникновения тревожной физиологической стрессовой реакции — это самоподтверждаю-

щаяся реакция ожидания, лежащая в основе катастрофического мышления (Kirsch, 1985; Reiss & McNally, 1985). Гольдштейн и Чэмблесс (Goldstein & Chambless, 1978) наглядно показали, что пациенты с агорафобией на самом деле не боятся мостов, лифтов или торговых центров, которых они избегают. Вместо этого они боятся панических атак, возникновения которых ждут, и боятся того, что испытают в этих ситуациях. Ожидание панической атаки достаточно пугающе само по себе, чтобы вызвать панику. Кажется, что каждая атака подтверждает опасное качество фобических ситуаций, потому что люди с фобиями склонны быть очень бдительными по отношению к фактам, подтверждающим переполняющие их страхи. Подобным образом чувство социальной тревоги основано на ожидании, что человек столкнется с негативными событиями в «ситуациях социальной оценки» — ситуациях, в которых другие люди могут наблюдать за тревожным человеком, взаимодействовать с ним и оценивать его (Heimberg & Juster, 1995). Обычные ожидания, о которых сообщают люди с социальной фобией, выглядят следующим образом:

- Люди подумают, что я действительно глупо выгляжу.
- Я все испорчу.
- Я буду выглядеть смешно.
- Они будут надо мной смеяться.
- Они поймут, насколько я некомпетентен.
- Все умеют это лучше меня.
- Я не буду знать, что сказать. (Rapee, 1998.)

Катастрофические картины, заполняющие голову тревожного человека — прямое последствие непроизвольных автоматических мыслей, возникающих, если человек индуцирован тревогой (A.T. Beck, 1964; J.S. Beck, 1995). Как отмечено в главе 8, автоматические мысли — это спонтанно возникающие страшные предсказания и образы возможного физического, психического или социального вреда. Автоматические мысли часто организуются в тревожные суждения, которые описывают связь между определенными провоцирующими тревогу событиями, ситуациями или действиями и определенными пугающими последствиями. Например, у человека может развиться тревожное суждение, что он может упасть с крутой лестницы, на которой чувствует головокружение, и переломать все кости в теле, а затем этот страх распространяется на другие высокие места. Тре-

вожные расстройства таким образом оказываются расстройствами самоподтверждающихся ожиданий: у людей в панике и у людей с фобиями существует страх страха (Kirsch, 1985; Kirsch& Lynn, 1999).

Многие люди с тревожными расстройствами характеризуются чувствительностью к тревоге (ЧТ) — предрасположенностью к переживанию тревожного дискомфорта и развитию тревожных расстройств (Reiss & McNally, 1985). Люди с ЧТ склонны замечать и обращать внимание на физические ощущения, неверно истолковывая нормальные телесные чувства как ненормальные, вместо того чтобы игнорировать их, и в результате реагируют на них негативным образом — тревогой и недомоганием. Тенденция преобразовать безопасные физические ощущения в вызывающие беспокойство эмоции может приводить к ожиданию тревоги и к избеганию ситуаций, провоцирующих подобные чувства.

Избегание

Исследование показало, что чем сильнее ожидание тревоги, тем сильнее избегание (Kirsch, 1985; Kirsch & Lynn, 1999). Если же невозможно уклониться или избежать того, что пугает, может возникнуть паническая атака — непрошенный и вероятно зависящий от обстоятельств случай. Поскольку избегание позволяет уклониться от того, чего боятся, тревога усиливается и становится более закоренелой (Mowrer, 1960). Кроме того, избегание устраняет возможность узнать из непосредственного опыта, что опасения нереальны или преувеличены. И таким образом тревога и безнадежность стойко укореняются в опыте человека.

Интересный аспект избегания состоит в том, что очень трудно, если не невозможно, не думать о том, чего человек боится. Исследователи обнаружили, что трудно подавить мысли, наполненные тревогой, без того, чтобы они восстановились или вернули свою силу, когда прекратятся активные попытки по их подавлению (Wegner, 1994, 1997). Попытки сознательного подавления мыслей могут сделать их еще более деморализующими, когда они, вернувшись, заявят о своем силовом присутствии. Короче говоря, страхи только становятся сильнее по мере того, как они вынашиваются. По мере того как человек научается противостоять тому, чего боится, а не избегать этого, чувство собственной эффективности сменяет безнадежность. Противодействие страхам — пошаговым систематическим и

управляемым способом — и идентификация, оспаривание и замена убеждений и ожиданий, порождающих ощущение паники и страха, позволяют изменить тревожные ожидания и побороть страх и тревогу (Mellinger & Lynn, 2003).

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

Когнитивно-поведенческие и гипнотические методы, которые мы рассматриваем, эффективны при обратном конструировании тревожных расстройств, поскольку меняют стиль неадекватного мышления, препятствуют избеганию того, что пугает, и способствуют ощущению контроля и управления тревожными мыслями и чувствами. Когнитивно-поведенческие методы - наиболее широко изученные и эффективные вмешательства при тревожных расстройствах (Barlow, 2002; Chambless & Ollendick, 2001; Deacon & Abramowitz, 2004). Фактически, ни один другой подход к лечению тревоги не конкурирует с эффективностью когнитивно-поведенческой терапии (КПТ). За прошлое десятилетие семь мета-аналитических обзоров документально подтвердили эффективность когнитивно-поведенческих вмешательств при панике — с агорафобией и без нее (см. Deacon & Abramowitz, 2004). За тот же самый период четыре мета-аналитических обзора подтвердили действенность КПТ при социальной фобии, показав, что все достигнутое при лечении сохраняется и после него (Federoff & Taylor, 2001; Feske & Chambless, 1995; Gould, Buckminster, Pollack, Otto, & Yap, 1997; Taylor, 1996). В соответствии с тезисными тенденциями три мета-аналитических обзора указывают, что КПТ эффективна при FTP (Borkovec & Wishman, 1996; Gould, Otto, Pollack, & Yap, 1977; Weston & Morrison, 2001).

Гипноз и когнитивно-поведенческая терапия

Исследование указывает, что гипноз может внести свой вклад в эффективность КПТ. Несколько исследователей (Schoenberger, Kirsch, Gearan, Montgomery, & Pastyrnak, 1997) сравнивали когнитивно-поведенческое вмешательство, включавшее когнитивное реструктурирование и экспозицию (in vivo) в реальной жизни страха публичного выступления — с терапией, идентичной во всех от-

ношениях за исключением того, что расслабление заменялось гипнотическим наведением и внушениями. Участников просили выступить с импровизированной речью, во время которой они оценивали уровень своей тревоги. По сравнению с контрольной группой без терапии, оба вида терапии привели к изменениям в уровне тревоги; однако оказалось, что и по поведенческим, и по субъективным меркам во время речи только гипнотическая группа отличалась от контрольной группы (без терапии). Более того, если участников погружали в гипноз, тревога рассеивалась быстрее по сравнению с группой когнитивно-поведенческой терапии без гипноза. В своем обзоре литературы по гипнозу и тревоге Шонбергер (Schoenberger, 2000) сделал вывод, что при лечении тревоги когнитивно-поведенческая гипнотерапия более действенна, чем любое другое лечение.

Поскольку социальная фобия является самой распространенной из всех фобий и часто сопровождается паническими атаками, она является средоточием большей части нашего обсуждения. Тем не менее техники и стратегии, которые мы представляем, применимы и к панике, и к целому ряду фобических состояний. Представлены также особые стратегии для лечения постоянной тревоги (ГТР). Более детальные пошаговые описания негипнотических процедур для лечения тревоги, подобные техникам, описанным в следующем параграфе, можно найти у Меллингера и Линна (2003).

Оценка и терапия панической и фобической тревоги

Терапия тревоги для большинства пациентов может проводиться в течение 20 (или меньше) сессий, если оценка не обнаруживает присутствия большой депрессии или личностных расстройств, усложняющих лечение и требующих более интенсивного вмешательства. Любым тревожным расстройством, существенным компонентом которого является паника, можно будет заняться более непосредственно, как только паника будет преодолена или станет управляема. Следует провести тщательную оценку панических симптомов и их роли в тревожных состояниях. А также получить информацию относительно семейной истории тревожных расстройств, социальной поддержки и начала проявления симптомов. Затем мы рекомендуем, чтобы тревожные пациенты прошли медицинское

обследование, которое включает анализы: щитовидной железы, содержания сахара в крови, на наличие аритмии, болезни Кушинга, транзиторных ишемических атак, гипервентиляции, хронической сердечной недостаточности, пролапса митрального клапана (часто встречающегося неопасного состояния сердца), а также исследование внутреннего уха и метаболических состояний, таких как дефицит витамина B_2 (см. Ballenger, 1997). В случаях сильной или стойкой тревоги следует рассмотреть в качестве дополнительного лечения возможность применения лекарств, особенно антидепрессантов SSRIs (обсуждение проблем, связанных с медикаментозным лечением, см. Mellinger & Lynn, 2003). Способность следить за изменениями симптомов облегчается с помощью объективной оценки, включая интервью (например, «План проведения интервью при тревожных расстройствах — IV»; T. A. Brown, DiNardo, & Barlow, 1994) и системы измерений самоотчетов (например, «Индекс чувствительности ктревоге» (ЧТ) Reiss, Peterson, Gursky, & McNally, 1986; «Опросник генерализованного тревожного расстройства» (ГТР); Roemer, Borkovec, Posa, & Borkovec, 1995; «Пенн-Стейтский опросник тревожности»; T.J. Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990; «Шкала социальных фобий»; Mattick & Clarke, 1998).

Поведенческий или функциональный анализ тревожности начинается с определения уникального профиля пациента относительно физических симптомов паники (например, частота, интенсивность, изменчивость), ситуативных предшественников паники (например, сигналы, надежно ее запускающие) и катастрофических мыслей, тревожных суждений и ожиданий, которые вступают в игру до, во время и после панического эпизода. Всесторонняя оценка включает также экспертизу поведенческих паттернов избегания, так же как и безопасного поведения (например, чтение книги, смотрение телевизора или на талисман), которые являются тонкими маневрами избегания, поддерживающими тревогу. Эту существенную фазу оценки можно выполнить с помощью пациента, используя его самонаблюдения и записи повседневных жизненных ситуаций, а также с помощью теста на избегающее поведение (например, как близко пациент может стоять к пауку) и использования следующих внушений для самогипноза, в которых внушаются усиленные способности к воображению страшных событий, и определения чувств, возникающих по мере их разворачивания, как в следующем примере:

Терапевт: **Вы уже описали некоторые из своих социальных страхов, но теперь погрузимся в них глубже. Позвольте себе войти в ситуацию, которой вы боитесь, в своем воображении, очень хорошо зная, что все это происходит только в вашем воображении. Представьте, что вы видите себя на сцене и что вы точно знаете, о чем вы думаете и что вы чувствуете — сначала, когда вы готовитесь делать свой доклад, и затем — во время доклада. Как вы видите, вероятно, вы чувствуете некоторый умеренный и все же полностью управляемый дискомфорт, в то время как вы тщательно и аккуратно анализируете реакции, которые вы наблюдаете от одного момента к другому. Как только образы соберутся в фокусе вашего внимания, осознайте ситуацию, в которой это происходит. Пусть теперь ситуация попадет в фокус.**

Все более и более ясно. Все детали этой сцены становятся видны. Отметьте, кто еще там был, если был, когда происходил этот эпизод, и как долго он длился. Насколько серьезной была паника в самый худший ее момент, и какие особые физические панические симптомы чувствует человек, за которым вы наблюдаете?

Для терапии этого расстройства жизненно необходимо представить пациентам действующую модель тревоги и паники. Однако обязательно также описать чрезвычайный ответ и внушить пациенту ценность иного толкования физических реакций.

Терапевт: *[Продолжает говорить с пациентом следующим образом.]* **Физическая часть панических и тревожных атак известна как чрезвычайный ответ. Симптомы могут быть неприятными, но они нисколько не опасны. Отметьте, хочет ли человек на сцене избежать тревожных чувств или уклониться от них. Может ли он и дальше служить исправно, как солдат, несмотря на свои чувства? Поймите еще раз, что независимо от того, как он себя чувствует, здесь нет никакой непосредственной смертельной опасности, таким образом чрезвычайный ответ — это на самом деле ложная тревога. Сейчас вы очень ясно можете это понять. По-**

звольте этому знанию войти вглубь себя — знайте, что несмотря на тревогу, которую вы наблюдаете у человека на сцене, вы знаете, даже если он не знает этого, что здесь нет никакой реальной опасности. Не путайте эти физические симптомы с реальной опасностью. Это — одна из уловок тревоги! После того, как вы поделитесь со мной тем, что вы переживаете, я расскажу вам больше о физических причинах каждого из симптомов, которые вы идентифицировали у человека на сцене.

Пациент: ***[Описывает соответствующую когнитивную деятельность и физические реакции.]***

Терапевт: **Хорошо, сосредоточьтесь на моих словах. Пусть они запомнятся и проникнут глубоко внутрь вас на тот случай, когда, возможно, они вам понадобятся. С этого времени и дальше, когда вы будете испытывать любой из физических признаков, которые вы опознали, вы будете в состоянии быстро определить их как тревогу и ничего больше. Они — только ваша реакция на то, чего вы боитесь, но они в любом случае не опасны. Я повторяю, в любом случае они не опасны. Вы сможете установить для себя реальную причину симптома, и это поможет вам расслабиться и чувствовать себя комфортно. Вы будете знать, что физические симптомы не означают опасности. Каждый раз, когда вы узнаете причину физического ощущения, которое вас беспокоит, это будет ваш сигнал для того, чтобы войти в самогипноз и расслабиться... расслабляйтесь. Теперь погружайтесь еще глубже и внимательно слушайте.**

Вы сказали, что в качестве физических симптомов тревоги вы идентифицировали напряжение в груди и сильное сердцебиение. Мышцы груди и другие мускулы напрягаются в ответ на воспринятую опасность. Когда мышцы напрягаются, это вызывает быстрое, поверхностное дыхание. Оно известно как паническое дыхание. Поток воздуха вызывает во рту и в горле чувство сухости и дискомфорта и создает ощущение комка в горле. Паническое дыхание увеличивает доставку телу кислорода. Чтобы доставить

перегруженную кислородом кровь к тем частям тела, где это больше всего необходимо, сердце бьется с дополнительной силой. Наука придерживается мнения, что паника часто сопровождается измененным дыханием, которое обычно приводит к увеличенному уровню углекислого газа, что может вызвать нечувствительность, покалывание и головокружение. Но я могу еще раз заверить вас, что люди не падают в обморок во время панических атак. Нечувствительность и покалывание также вызваны уменьшением кровотока в руках, потому что, когда человек напуган, кровь имеет тенденцию течь к большим скелетным мышцам. Пот выступает, потому что, когда сердце и легкие полностью накачаны и мышцы напряжены, это — трудная физическая работа, а побочный продукт этого — высокая температура. Система охлаждения тела регулирует ее с помощью пота. Напряжение вызывает в мышцах также тяжелое нездоровое чувство, дрожь и тремор. Когда напрягаются мышцы вокруг горла, возникает ощущение удушья. Ощущения нереальности, яркого видения и сверхчувствительности к шуму вызваны нарастающими зрительными и звуковыми ощущениями в мозгу. Зрачки расширяются и уровень восприятия звуков слуховыми рецепторами установлен на «высоко», приводя к ощущению, что все нереально. В то же самое время мозг перенаправляет энергию от переваривания пищи, чтобы справиться с ощущением надвигающейся опасности, появляются чувство нервной дрожи в животе и расстройство желудка.

Теперь погружайтесь глубже и запоминайте все, что я сказал вам, чувствуя себя удобно, спокойно, вы сможете понять истинную причину физических симптомов и не путать их с реальной опасностью. Для гарантии, что вы запомните важные точки, я подготовлю л исток-памятку, который объясняет причину каждого из физических симптомов, которые вы распознали. Вы можете просматривать его после сессии, когда вам будет удобно, чтобы помочь себе в практике самогипноза и приобрести нужное вам понимание для борьбы с паническими чувствами.

Изменение дыхания. Поскольку поверхностное и быстрое дыхание и физическое напряжение порождают много связанных с тревогой признаков (Fried, 1999), основным компонентом терапии всех тревожных расстройств является тренинг самоуправляемого расслабления — ТСУР (self-control relaxation training - SCRT). Он помогает ослаблять вызываемое тревогой физическое напряжение и успокоить тревожные мысли и импульсы, пока в конечном счете они не рассеются. ТСУР состоит из обучения диафрагмальному дыханию, упражнениям по сканированию тела и релаксации и сосредоточению на осознании существующих ощущений, как показано в следующем примере.

Терапевт: **Сегодня я буду обучать вас дыхательной технике, которая позволит вам сознательно замедлять и регулировать свое дыхание, чтобы вылечить паническое дыхание. Войдите в самогипноз и расслабьтесь, расслабьтесь полностью. Дышите медленно, регулярно. Положите одну руку на солнечное сплетение, на мягкую область вверху живота, чуть ниже перевернутой V-образного сочленения ребер и грудины, и легонечко прижмите. Почувствуйте движение во время дыхания. Когда вы вдыхаете, притворитесь, что ваша рука опирается на воздушный шар. Воздушный шар раздувается, когда вы вдыхаете, и спускается, когда вы выдыхаете. Область ниже вашего солнечного сплетения расширяется и растягивается с каждым раздуванием, сокращается и втягивается с каждым спусканием. Чтобы помогать поддерживать хороший ритм дыхания с помощью воздушного шара, медленно считайте в обратную сторону от 10 до 1, раздувая воздушный шар и вдыхая с каждым счетом. Каждый раз, когда вы собираетесь выдохнуть, говорите слово *спокойствие* или другое успокаивающее слово или фразу самому себе и спускайте воздушный шар. Почувствуйте, как вы расслабляетесь, как ваше дыхание замедляется, и вы внушаете себе, что чувствуете себя спокойно и непринужденно. Делайте это упражнение, когда вы не напряжены, по крайней мере пять раз в день. Если вы обнаружите какой-нибудь стресс,**

напряжение или тревогу, сосредоточьтесь на своем дыхании и надувайте и спускайте воздушный шар медленно и легко, по мере того как вы удерживаете в своем теле ровно столько физического напряжения, сколько, вы чувствуете, вам нужно, чтобы выполнить текущую задачу. Изучите, как мало напряжения вам нужно для повседневной жизни.

Теперь давайте попробуем кое-что другое. Представьте, что вы находитесь в слегка беспокоящей ситуации, которой боитесь. Рассмотрите ее мысленным взором. Почувствуйте, как наползает страх. Почувствуйте, как начинает ускоряться ваше дыхание, даже если совсем немного. Теперь отметьте, как страх захватывает вас щупальцами, в то время как вы сосредоточены на своем дыхании. Заметьте, как сосредоточение на дыхании смещает фокус вашего внимания, и преднамеренно, сознательно начните замедлять дыхание. Дышите так медленно, так легко, так ритмично, насколько можете. Если вы вдыхаете только семь или восемь раз в минуту, это хорошо. Почувствуйте, как вам становится все более свободно, по мере того как вы замедляете свое дыхание.

***[Сканирование тела.]* Если вы почувствуете некоторое напряжение в своем теле, заметьте, где оно. Определите его местонахождение. Просканируйте свое тело, вот так... тщательно, с головы до пальцев ног, и отметьте, где еще есть дополнительное напряжение. Напряжение, которое вам не нужно. Используйте способность расслабляться, в которой мы тренировались на более ранних сессиях. Если какая-нибудь часть вашего тела чувствует себя особенно напряженно, выпустите любое и все напряжение, которое вам не нужно. Вам может захотеться напрячь эту часть тела сейчас, а затем медленно ее расслабить, чувствуя как напряжение заменяется чувством спокойствия и непринужденности. Если вы все еще тревожитесь, отметьте, что вы себе говорите. Что вы сами себе говорите? После того как вы откроете глаза, вы сможете поделиться со мной своими чувствами. После того как вы научились расслабляться и**

замедлять свое дыхание, время от времени, когда вы не напряжены, используйте упражнения, которым я научил вас, с воображаемой сценой беспокойства — от слабого до умеренного, но не ужасного чувства. Сохраняйте контроль и дышите сквозь любой дискомфорт. Продолжайте упражнение, пока не почувствуете, что вам комфортно и что вы полностью владеете собой. Мы поговорим о том, как это работает, на нашей следующей сессии.

[Сенсорное осознание.] Я **хотел бы научить вас еще одному способу борьбы с тревогой. Сосредоточение на сенсорных впечатлениях поможет вам оставаться в настоящем, тем самым сражаясь с тенденцией страха будущего. Осознайте свои мысли, ощущения, поведение и эмоции. Теперь позвольте себе осознать звуки. Слушайте звуки, которые рядом, снаружи или на расстоянии. Заметьте низкие — и высокие звуки, они устойчивые или перерывающиеся, и плавные или резкие. Просто слушайте, расширяя свое внимание, чтобы охватить все звуки вокруг вас. Теперь отметьте цвет того, что привлекает ваше внимание, и запахи вокруг вас. Просто осознавайте. Почувствуйте, как ваше тело соприкасается с поверхностью, на которую опирается. Продолжайте дышать медленно и регулярно. Перенесите себя в настоящее; пробудите себя к настоящему, если вы чувствуете, что соскальзываете в тревожные мысли о будущем. Не забудьте отмечать свое дыхание. Если вы чувствуете какое-нибудь напряжение во время процесса, сосредоточьтесь на том, чтобы замедлить дыхание, и используйте техники расслабления, которым вы научились.**

[Расслабление по сигналу.] **Важно тренироваться во время минимального стресса, чтобы отточить дыхание и навыки осознания, но во время наступления стресса нужно обязательно использовать** ***самоуправляемое расслабление.*** **Чтобы подготовиться, мы будем учиться** ***расслаблению по сигналу.*** **Начните с помощью тренировки время от времени вызывать у себя по желанию минимальный дискомфорт. Используйте са-**

могипноз и подайте себе сигнал, мысленно сказав: «Расслабься!», «Спокойствие!» или «Дыши через нос!», или используйте свой якорь [см. гл. 4] и затем в течение полуминуты или двух постарайтесь получить максимальный эффект от вашей любимой техники *самоуправляемого расслабления.* Например, когда вы почувствуете себя беспокойно, ожидая приема у врача или дантиста, или будете думать о докладе, который должны сделать, сделайте несколько успокаивающих дыханий, напрягите и затем расслабьте руки или челюсти, или переместите центр вашего внимания на звуки, вид и запахи вокруг. Старайтесь в это время сопротивляться искушению использовать *расслабление по сигналу,* чтобы бороться с большими эпизодами паники или тревоги. Тренируйтесь между нашими сессиями, настраивайте и оптимизируйте техники, которые вы узнали.

Продолжайте тренироваться и отлаживать погружение в самогипноз в течение по крайней мере пары недель, пока не обнаружите, что можете последовательно понижать уровень своей напряженности вскоре после начала занятия. Как только вы этого достигнете, продолжайте регулярные, ненапряженные тренировки достаточно часто, чтобы поддерживать свое умение.

[Субъективные единицы дискомфорта, или измерение СЕД, и практика.]* Чтобы ощутить, насколько хорошо вы можете понижать уровень своего напряжения, позвольте мне рассказать вам о шкале для оценки вашего дискомфорта, которая широко используется. Ее назвали *шкалой субъективных единиц дискомфорта* или — для краткости — шкалой СЕД. Ноль по этой шкале означает, что *паники нет вообще;* 5 — *умеренная паника,* когда нервозность определенно присутствует и начинает беспокоить; и 10 — *худшая паническая атака, которую вы когда-либо испытывали.

Будьте внимательны, и когда ваша тревога будет на уровне три или выше, немедленно используйте самогипноз. Дайте иное толкование любым признакам тревоги, окунитесь в расслабленное состояние,

вспоминая самые глубокие чувства расслабления, которые вы чувствовали на наших практических занятиях, и воссоздайте эти чувства. По мере тренировки вы сможете делать это быстро и легко. Как только вы почувствуете себя тревожно, как можно быстрее запишите то, что вы думали, когда начали беспокоиться, и как вы смогли себя успокоить. Мы будем продолжать работать, пока вы не сможете постоянно держать свою оценку СЕД на уровне два или ниже.

Не забудьте оценить уровень своей тревоги по шкале СЕД в начале и в конце каждого занятия, таким образом вы сможете измерить, изменился ли он и насколько в результате минитренировки. По мере того, как ваша уверенность ***в расслаблении по сигналу*** **будет становиться сильнее, старайтесь постепенно применять его во все более вызывающих тревогу ситуациях.**

[Сокращенная практика.] **Через некоторое время вы можете захотеть сократить свои практические занятия. После того как вы стали искусными в расслаблении, начните сокращать время занятия с каждой техникой, стремясь к тому же самому успокаивающему эффекту. Например, первоначальные занятия с упражнениями по сокращенному расслаблению могли бы состоять из двух или трех успокаивающих дыханий, а затем из сосредоточения на активном расслаблении только ваших рук или ладоней и лица. После ряда упражнений, в которых вы уделяете внимание процессу контроля и снятия напряжения, вы, вероятно, сможете достичь результатов, подобных тем, которые следуют из расширенных упражнений (Mellinger & Lynn, 2003).**

В этом месте обучение и практика самогипноза, возможно, уже подавили паническую и фобическую тревогу. Тренинг самоуправляемого расслабления также полезен для целого ряда тревожных расстройств и может быть особенно полезным в лечении ГТР с помощью *расслабления по сигналу* и т.д при появлении самых ранних признаков непродуктивного волнения. Для многих людей тренинг самоуправляемого расслабления полезно дополнить когнитивным реструктурированием и *поведенческой экспозицией,* как описано далее.

Терапевт: ***[Две когнитивных ошибки.]*** **Иногда люди продолжают чувствовать беспокойство даже после того, как они научатся самоуправляемому расслаблению, потому что упорно продолжают волноваться или вызывать в воображении пугающие, катастрофические мысли о том, что их пугает. Мы надеемся, что сможем пояснить здесь два вида ошибок при размышлении. Первая из них состоит в том, что тревога — это прелюдия к главному ужасному событию. Поскольку вас уже обучали понимать истинную сущность симптомов паники и тревоги и управлять острым негативным возбуждением, вы уже знаете, что они не предвещают сердечных приступов, дыхательных спазмов, публичного унижения или начала безумия. Вы научились эффективно подвергать сомнению эти интерпретации и противодействовать им с помощью точных данных и научных объяснений.**

Вторая ошибка мышления состоит в том, что, если паническая атака начнется, она будет длиться долго и будет очень серьезной. Когда вы были в состоянии самогипноза, вы представляли, как волнуетесь выступая на сцене, и хотя вы могли наблюдать за тем, как вам некомфортно, в определенный момент тревога все-таки прекращалась. Никто никогда не испытывал панической атаки, которая длилась бы вечно. Они всегда заканчиваются. В следующий раз, когда вы почувствуете даже небольшое беспокойство где-то глубоко внутри, вы будете знать, что тревога — это только временное явление. Она всегда проходит. В любое время, когда вам будет нужно, в любое время, когда вы захотите, эта мысль будет доступна для вас. Ваше настроение и чувства меняются, и тревога пройдет и заменится ощущением спокойствия и безопасности.

Теперь давайте поговорим о вашей последней тревоге или панической атаке.________________________ . Как долго это длилось? Что вы сказали себе потом? Вы напомнили себе, что это было только временное психическое состояние? Не забывайте напоминать

себе, что ваша тревога — всего лишь временное состояние... пусть оно придет... и пусть оно уходит... пусть оно придет и пусть оно уходит... (Mellinger & Lynn, 2003). ***[Следует обсуждение.]***

Переопределение. У людей, страдающих от панических и фобических состояний, в момент переживания тревоги возникает тенденция преувеличивать вероятность того, что произойдут ужасные вещи. Участники программы исследования тревоги (Borkovec, 1999) сохраняли дневники с записью своих тревожных негативных прогнозов. В восьмидесяти шести процентах случаев все получалось лучше, чем они ожидали. В 14% случаев следствия были не особенно хорошими, но по крайней мере мучившиеся опасениями люди остались довольны тем, как они справились с произошедшими событиями. *Техника переопределения* формирует у пациента навык изменения прогнозов, индуцированных тревогой.

Терапевт: **Погрузитесь в самогипноз и представьте пугающее вас событие, которого вы больше всего опасаетесь. Измерьте вероятность того, что событие окажется ужасным по следующей шкале: 0% — если нет шансов для плохих последствий, 50% — для суждений «пятьдесят-на-пятьдесят», 100% — для казалось бы очевидной катастрофы. Какова ваша оценка? Теперь переосмыслите свою оценку на основе следующих рассуждений:**

1. **Как часто раньше подобные ситуации заканчивались негативным образом? Случается ли обычно то, о чем вы волнуетесь?**
2. **О чем ваша последняя запись в отчете?**
3. **Какие свидетельства, если таковые имеются, вы можете представить, что ситуация будет иметь негативные последствия?**
4. **Спросите себя, снижается ли ваша объективность за счет мышления по образу** ***все или ничего.*** **Что, если вы исключите из разговора с самим собой все совершенно деморализующие слова-преувеличения, включающие** ***всегда, никогда*** **и** ***полный крах?***
5. **Существуют ли другие способы посмотреть на ситуацию или другие объяснения? Например, помните, вы описывали свои чувства в тот момент, когда**

ваша подруга не обращала на вас внимания, и как вы были оскорблены, — возможно ли, что в тот момент она отвлеклась, потому что в комнату входил ее ребенок?

6. Можете ли вы себе представить что-нибудь, чем ваше беспокойство полезно? Предлагает ли оно какое-нибудь конкретное действие для решения проблемы или оно непродуктивно и бесплодно?

Теперь представьте себе вызывающее тревогу событие, как будто оно происходит на сцене и с кем-то другим. Переоцените реальную вероятность страшных последствий для того, другого человека. Непременно ли ситуация окажется катастрофической? Теперь я хотел бы, чтобы вы поразмышляли о том способе, которым вы предпочитаете думать о каждой из своих проблем.

Далее следует обсуждение любых несоответствий между реальной вероятностью негативных последствий, происходящих в отношении себя в сравнении с другим человеком. Это обсуждение может привести к лучшему пониманию когнитивных ошибок, автоматических мыслей и тревожных суждений, продолжающих вызывать тревогу. Следующие две когнитивные техники могут быть полезны для того, чтобы справиться с оставшимися проблемами.

[Пересмотрите тревожные мысли.] В течение следующей недели, как только вы заметите, что у вас появляется дурное предчувствие, спросите себя: «Чего я боюсь?» Запишите свои опасения и особые тревожные суждения, связанные с автоматическими мыслями, которые беспокоят вас, по поводу каждого страха, который вы определили. Пересмотрите все, что провоцирует вашу тревогу, чтобы заложить основу менее пугающему, более объективному способу мышления. На предыдущей сессии просматривая свои записи, вы точно определили свое тревожное суждение, что перед выступлением с речью вы упадете в обморок. Внимательно выслушайте следующие внушения. Используйте их как руководство к тому, что вы скажете себе сейчас и каждый раз, когда у вас появятся подобные тревожные мысли. Гипервентиляция га-

рантирует, что обеспечит вам много кислорода, и ваше бьющееся сердце разнесет его по всему вашему телу. Ваше головокружение — побочный продукт содержания слишком большого количества углекислого газа в вашем теле. Медленное, правильное дыхание ослабит вашу физическую тревогу. Вы сможете еще раз заверить себя, что последний раз вы упали в обморок 10 лет назад и это не имело никакого отношения к тревоге. Вы никогда не падали в обморок перед выступлением, во время выступления или после него. Вы чувствуете опасение и панику в этих ситуациях просто из-за того, как вы с собой разговариваете, и ваш тревожный ум ошибочно принимает ваши физические симптомы за реальную опасность. Вы почувствуете большое облегчение, как только поймете, что можете в какой-то мере управлять своими страхами, и будете упорно трудиться, чтобы этого достичь.

[Что самое худшее может произойти?] **Давайте попробуем еще что-нибудь. Другое тревожное суждение, которое вы идентифицировали раньше: окажись вы с друзьями на вечеринке, вы бы ужасно боялись, что с вами может случиться сердечный приступ. Утонуть в этих тревожных мыслях — вот ваш худший сценарий. Но теперь давайте поближе посмотрим на эту ситуацию. Представьте, что вы сейчас на вечеринке, и это случилось. Ощутите, как это с вами происходит... и погрузитесь в самогипноз. Не торопитесь, погружайтесь медленно. Теперь задайте себе вопрос: ваши приятели обиделись бы на вас навсегда из-за того, что у вас стиснуло в груди, или обращались бы с вами как с человеком, ищущим внимания, чтобы ему вызвали врача? Вы скажете — нет, вряд ли такое произойдет? Часто, когда вы себя спрашиваете: «Что самое худшее может произойти?», то ясно понимаете, что реальные следствия — это не то, чего вы боялись. И если бы это на самом деле произошло, то разве вы не смогли бы это выдержать? В случае необходимости разве вы не могли бы действительно справиться с пугающим событием? Я думаю могли. Войдите в глубокий контакт со своей способностью эффективно**

справляться. А теперь сожмите свое намерение в кулак. Сожмите кулак и войдите в контакт со своей силой, которая внутри. В любое время, когда вам нужно себе об этом напомнить, просто сожмите кулак или соедините пальцы, и у вас быстро и легко появится ощущение своей личной силы, которая внутри. Сила — внутри. Ваша сила — внутри вас, начните использовать эту силу прямо сейчас. Выявите ее и сделайте своей.

[Ну и что?] **Если худшее все-таки произошло, вы также можете сказать себе: «Ну и что?» Если мощное, усиленное сердцебиение сыграло роль в приступе тревоги и заставило вас остро почувствовать панику, скажите себе, что ваше сердце сильное... сильное. Оно может выдержать огромное напряжение, если это действительно нужно. Вы будете знать глубоко внутри себя, глубоко внутри себя, что вы просто очень боитесь, и больше ничего серьезного, и что ваши приятели скорее всего предложат вам свою помощь и заботу, а не станут игнорировать и избегать вас. Даже если бы ваши друзья были слегка раздосадованы из-за вас, разве это означало бы конец вашей дружбы? Даже если бы вам казалось, что надо вызвать врача, чтобы помочь вам справиться с худшим в этой панике, а потом отказались от этого, ну и что? Вы все больше и больше будете в состоянии переубедить себя, успокоить и почувствовать себя более уверенно, что вы сможете и сейчас, и потом бороться с любой тревогой, с которой столкнетесь. Вы — много, много больше, чем любая тревога, которую вы испытываете. Вы хорошо понимаете, что тревога не должна нести ответственность вместо вас; она не определяет вас. Почувствуйте себя самостоятельным человеком, который намного больше, чем ваша тревога, вас больше не определяет то, чего вы боитесь, откройте свои возможности, свои горизонты... ощутите свое расширенное Я, то, чем вы можете быть и будете.**

[Постгипнотическое внушение.] **И в течение недели у вас будут вспышки ощущения успеха. Возможно вы будете вспоминать о том времени, когда успешно справ-**

лились с тревогой, или о времени, когда все удавалось намного лучше, чем вы опасались. Вы можете удивиться тому, как начинают меняться ваши взгляды, насколько вы способны к преобразованиям — преобразованиям в том, как вы думаете, чувствуете, и в том, какой вы человек. И вы сможете наслаждаться этими преобразованиями, по мере того как они происходят и разворачиваются.

[Новый вы.] **Теперь представьте себе, что вы преобразовались в то, что я буду называть *новый вы.* Влезьте в кожу этого *нового вы* — он воплощает собой то, что вы хотели бы думать о ситуации, если она снова произойдет. Воспринимайте ее как вызов. Прежний вы, социально тревожный, вероятно имел тенденцию напрягаться в действительно неудобные моменты и продолжал жить, испытывая их негативное влияние на представление о себе. Войдите в контакт с вашей силой, с вашим творческим потенциалом, вашим решением смело бороться с тем, чего вы боитесь. Мысленно поместите себя в ситуацию, где раньше вы чувствовали сильный социальный дискомфорт. Как бы вы отнеслись к этой ситуации теперь? Что бы вы сказали самому себе? Как бы вы справились с тревогой, если бы она возникла? Пересмотрите все, что провоцирует вашу тревогу в этой ситуации, чтобы создать себе базу для менее напуганного, более объективного способа мышления. В результате вы больше узнаете о проблемах, с которыми столкнетесь, и сможете более эффективно справляться с ожидаемыми стрессорами. Вы-новый будете применять техники, которые будут вам полезны, и социализироваться по-другому, будете адаптироваться к новым, более позитивным точкам зрения на социальные ситуации. Теперь позвольте этому новому вы поговорить со мной.** ***[Следует обсуждение терапевт—пациент.]***

В течение недели погружайтесь в самогипноз, когда вам понадобится, и входите в контакт с этим новым вы. Посоветуйтесь с ним [или с ней], чтобы разобраться, как думать о пугающих вас ситуациях,

если они произойдут снова. Запишите мысли, которые вызывают вашу тревогу, потому что они включают предсказание негативных или катастрофических последствий. Оцените их тревожную вероятность. После того как вы закончите свое домашнее задание по переоценке, подумайте об их реальной вероятности и запишите те соображения и объяснения, которые привели вас к переоценке. Как бы вы предпочли думать о ситуации? Что думает новый вы? Преобразуйте свои тревожные суждения в реальные. Например, чтобы побороть свой страх катастрофической физической реакции, вы можете сказать себе: «Это — просто тревога, которая у меня бывает перед выступлением, а не сердечный приступ, дыхательный приступ или острый психоз». Скажите себе что-нибудь в этом роде: «Это вряд ли будет длиться больше, чем несколько минут, даже в худшем случае, и обычно я восстанавливаюсь очень быстро». Слушайте внимательно, и пусть это запомнится у вас глубоко внутри: вы намного сильнее, много-много сильнее, чем вам рисуется в ваших автоматических мыслях. С этого момента и далее вы будете участвовать в процессе декатастрофизации тревожных мыслей, и не забудьте воспользоваться помощью нового вы, если пожелаете. Обязательно занимайтесь *самоуправляемым расслаблением* по крайней мере несколько раз в день. Рассматривайте каждый случай усиленной тревоги как вызов, и каждый раз, когда это происходит, справляйтесь с ним с помощью копинг-стратегий.

Образная и поведенческая экспозиция

Экспозиция в воображении. Если самоуправляемое расслабление и когнитивное реструктурирование не облегчают тревоги пациента, следующий шаг должен комбинировать запланированную экспозицию с когнитивными практиками. Экспозиция может быть образной или реальной. Образная десенсибилизация, или терапия с помощью образной экспозиции (см. Lazarus, 1973), является хорошей отправной точкой, чтобы преодолеть состояние сильного избегания, как в следующем примере.

Терапевт: **Сегодня мы начнем помогать вам чувствовать себя в социальных ситуациях более комфортно с помощью знаний о том, как применять на практике образную экспозицию. В основе процедуры, которую вы изучите, лежит предположение: то, чего мы боимся в реальности, мы боимся и в воображении; и наоборот: то, чего мы больше не боимся в воображении, не будет нас пугать в реальной жизни.** ***[Следует более обширное обсуждение, чтобы добиться сотрудничества пациента.]***

Теперь погружайтесь в самогипноз. Позвольте определенной ситуации или определенному аспекту ситуации, которого вы больше всего боитесь, прийти вам на ум. Просто позвольте появиться чувствам и образам. Возможно, это покажется вам интересным, но вы откроете, что можете продолжать управлять своей тревогой, полностью управлять ею во время всего этого процесса. Когда вы узнаете, какая ситуация или аспект ситуации больше всего вас беспокоят, просто начните об этом говорить. И, не задумываясь, оцените ее по шкале СЕД.

Пациент дает оценку по шкале СЕД и рассказывает о еще пяти-семи ситуациях, которые покрывают диапазон оценок. После того, как пациента просят открыть глаза и выйти из самогипноза, терапевт и пациент беседуют об этих ситуациях и выстраивают иерархию от самых низких до самых высоких уровней дискомфорта. Ситуации, отобранные для первоначального воздействия, должны быть доступными, включать в себя значимый, но управляемый уровень дискомфорта и давать пациенту надежду на реальное удовлетворение в качестве награды за то, что он с ними справился.

Терапевт: **Теперь входите в самогипноз и погружайтесь глубоко, очень глубоко... глубоко к сути, где вы позволяете всему напряжению, которое вам не нужно, вытечь из вашего тела. Теперь двигайтесь, продвигайтесь мысленным взором к вашему месту комфорта и защищенности. Сообщите мне, когда окажетесь там, когда просканируете свое тело, вы расслаблены, и вы в безопасном месте. Хорошо. Теперь начинайте представлять себе ситуацию [X], которую вы оценили по**

уровню дискомфорта как самую легкую. Глубоко сфокусируйтесь на ней и представьте себе ситуацию так ярко, насколько возможно, и просигнализируйте мне, когда вы достигнете оценки по шкале СЕД, равной четырем. Хорошо. Теперь, когда вы достигли оценки четыре, мысленно выключите эту сцену. Расслабьтесь так глубоко, нет, даже еще глубже, чем перед началом упражнения; теперь вернитесь в свое любимое место, почувствуйте себя комфортно, ощутите побуждение, чтобы продолжать продвигаться по своей жизни, бороться с тем, с чем вам нужно бороться, чтобы быть *новым вы*, человеком, которым вы знаете, что можете быть. Теперь давайте проделаем это еще раз. Идея заключается в том, чтобы продолжать ярко представлять себе ситуацию, провоцирующую тревогу, затем выключать ее и глубоко расслабляться до тех пор, пока вы не перестанете чувствовать дискомфорт. После того как вы проведете некоторое время в своем удобном и защищенном месте, мы двинемся дальше к следующему пункту в вашей иерархии. *[Терапия происходит подобным образом.]* Вы можете самостоятельно тренироваться между сессиями, но не забывайте браться за такие ситуации, с которыми вы можете справиться, пока мы не проложим дорогу к самой трудной ситуации.

Поведенческая экспозиция, или экспозиция в реальности. Экспозиция в воображении имеет свои собственные благоприятные эффекты, но также может служить подготовкой и репетицией для экспозиции в реальной жизни. Как и в экспозиции в воображении, при этом выстраивается иерархия ситуаций, и первоначально для работы избираются ситуации, вызывающие умеренную тревогу. Согласовывается время и место для практических занятий, и экспозиции разбиваются на шаги, вызывающие управляемый, постепенно усиливающийся уровень тревоги — на каждом шаге следует тренироваться до тех пор, пока тревога пациента не снизится, прежде чем переходить к следующему, более вызывающему шагу. Рассмотрим пример экспозиционной иерархии, связанной с желанием пациента удобно себя чувствовать, занимаясь в кафетерии библиотеки (Mellinger & Lynn, 2003).

1. Походите по кафетерию в течение нескольких минут и установите краткий зрительный контакт с несколькими людьми.
2. Тренируйтесь недолго разговаривать с продавцом.
3. Встаньте в очередь и купите себе кофе.
4. Сядьте за столик и пейте кофе, но не в час пик.
5. Выполните шаг 4, когда одно место занято.
6. Сядьте у выхода, пейте кофе и занимайтесь с конспектом в течение 15 минут.
7. Сделайте так же, как в прошлый раз, но занимайтесь по крайней мере в течение 45 минут.
8. Сядьте в центре кафетерия во время обеда, когда там много посетителей.
9. Сядьте в центре и занимайтесь по крайней мере в течение 15 минут.
10. Сядьте в центре и занимайтесь по крайней мере в течение 45 минут.
11. Во время ежедневных экспозиций применяйте на практике (в одной и нескольких различных ситуациях или ступеньках иерархии) следующее: (а) войдите в бодрствующее состояние самогипноза; (Ь) тренируйтесь в *самоуправляемом расслаблении,* в том числе в *расслаблении по сигналу,* и (с) отмечайте любые автоматические мысли и тревожные суждения, которые можно исследовать, подвергнуть сомнению и реструктурировать в индивидуальной терапии и заменить гибкими совладающими реакциями в повседневной жизни. Пациенту важно оставаться в каждой ситуации до тех пор, пока уровень СЕД не достигнет пика и не упадет.

Условно-патогенная экспозиция. Определенные фобии, такие как социальные фобии, подходят для условно-патогенных экспозиций, проходящих в контексте повседневной жизни. Следующий пример экспозиции взят у Меллингера и Линна (2003).

1. Установите краткий зрительный контакт и улыбнитесь 50 людям.
2. Поприветствуйте по крайней мере 25 человек, которых вы сочтете привлекательными.

3. Спросите у 20 людей, как пройти в туалет, к ближащему телефону-автомату, к ближайшей станции техобслуживания или к ближайшему итальянскому, китайскому, тайскому или мексиканскому ресторану.
4. Представьтесь 25 людям.
5. Купите много небольших безделушек в разных магазинах. Расплачивайтесь чеком или кредитной картой, таким образом вы сможете тренироваться писать свое имя в присутствии других людей.
6. Сделайте краткие нейтральные или позитивные замечания 25 людям. Например, замечания о погоде, обстановке, окружении или качестве обслуживания персонала в том месте, где вы находитесь сейчас или куда поедете в отпуск, или откуда только что приехали.
7. Узнайте, что нравится примерно 20 разным людям. Для этого внимательно наблюдайте за ними, разговаривайте с ними или говорите о них с другими.
8. Выйдите к людям и попробуйте получить отказы, перешагните свои границы. Люди, которые использовали эту технику, часто находят, что им отказывают намного реже и более мягко, чем они ожидают, если отказывают вообще.

На еженедельных сессиях терапевт и пациент рассматривают результаты проведения экспозиции. Пациентам полезно записывать то, что они делали, думали, представляли себе и чувствовали, и насколько они были в состоянии спорить с тревожными мыслями и достичь другой точки зрения насчет своих страхов. Терапевт должен обратить особое внимание на успешный опыт и помочь пациенту опознать все оставшиеся тревожные суждения и когнитивные ошибки, требующие реструктурирования. Это можно сделать, попросив пациента войти в самогипноз и еще раз посетить место, которое пробудило больше всего тревоги, а затем прокомментировать этот опыт.

Сцену можно вообразить повторно, но на этот раз пациент может использовать более эффективные способы, чтобы справиться с ситуацией (например, бросить вызов негативному мышлению, дать иное толкование физическим симптомам), и в конечном счете он справится с тревогой во время практических занятий образной эк-

спозицией. Образные и поведенческие экспозиции продолжаются до тех пор, пока все ступеньки в иерархии страхов не закончатся с заключительными оценками СЕД 3 или меньше. По нашему опыту экспозиция оказывает помощь большинству пациентов через 5—10 сессий, если симптоматика не осложнена депрессией, личностными расстройствами или другой серьезной психопатологией, когда требуется более развернутое лечение.

Техники для генерализованного беспокойства

Грань между здоровым и нездоровым беспокойством может быть очень тонкой. Здоровое беспокойство стимулирует решение проблем и планирование, в основном имеет короткую продолжительность и вызывает только незначительный эмоциональный дистресс. Когда беспокойство становится неадекватным, люди преувеличивают возможность возникновения негативных событий или последствий, ясность ума и решение проблемы оказываются поставленными под угрозу и негативные мысли и образы надолго сохраняются уже после того, как проблема решена. Беспокойство сопровождает многие тревожные расстройства и преобладает у людей с ГТР.

Раннее распознавание беспокойства

Лечение ГТР начинается с *раннего распознавания беспокойства* и последующего применения стратегий по сокращению периода беспокойства. Беспокойство можно обнаружить, отмечая физические индикаторы тревожности (например, волнение, напряжение мышц, потение, частое сердцебиение) и тревожные мысли (например, «Я подавлен», «Я боюсь...» или «Что если...?»). Борковец (1999) рекомендовал *пациентам* наблюдать *за своим беспокойством* каждый раз, когда они проходят через дверной проем. Мы инструктируем пациентов входить в самогипноз на несколько минут каждые полтора часа, сканировать свое тело, осознавать тревожные мысли и их источник («О чем я беспокоюсь?») и затем применять *самоуправляемое расслабление,* чтобы противодействовать беспокойству. Если беспокойство сохраняется, пациент может использовать следующие когнитивные методы реструктурирования, которые мы обсуждали ранее: (а) переоценка реальной вероятности негативных последствий, (Ь) худший вариант сценария и технику «Ну и что?» и (с) опознание и обсуждение когнитивных ошибок и неадаптивного

мышления. Если беспокойство имеет отношение к специфической проблеме или событию, пациент должен с помощью мозгового штурма разработать специфический и детализированный копинг-план. Полезны также гипнотические внушения на тему, что чрезмерное беспокойство не улучшает принятия решений и не предотвращает негативных событий; напоминания о том, что пациент успешно преодолел многие вызывающие ситуации в прошлом и что на негативном опыте можно учиться; и внушения с образами того, что можно, например, на время отложить беспокойство в папку, в ящик, в кабинет или в какое-то другое место на хранение.

Периолы беспокойства

Чтобы достичь власти над беспокойством, пациентам полезно научиться таким поведенческим техникам, как *период беспокойства и откладывание беспокойства.* Мониторинг беспокойства будет часто показывать стойкое беспокойство, возвращающееся в ходе повседневной жизни. Пациента инструктируют каждый день на определенное время запланировать *период беспокойства,* в идеале это полчаса или больше, в течение этого времени все внимание пациента должно быть посвящено ближайшим, существенным проблемам. Можно создать иерархию беспокойств (от менее к наиболее тревожащим), и пациенты могут входить в самогипноз и упражняться в когнитивно-поведенческих техниках (напр., в когнитивном реструктурировании), которые мы кратко описали ранее. Обычно пациенты замечают, что их тревога уменьшается после достаточно длительного контакта с тем, что их пугает.

Откладывание беспокойства

Техника откладывания беспокойства состоит в том, что пациент принимает сознательное решение отслеживать беспокойство и откладывает его на некоторый период: или на короткий — всего на несколько секунд, или на длинный — на часть дня. В случае длительного откладывания беспокойство должно быть запланировано на определенное время. Когда период отсрочки закончится, пациент должен или непосредственно размышлять над беспокоящей его мыслью, или принять решение отложить ее еще раз до определенного времени. Беспокойство можно откладывать много раз подряд, пока оно не исчезнет.

Полная осознанность и принятие

Техники полной осознанности, описанные в главе 7, оказались полезны и в терапии FTP (Borkovec, 2002). Согласно нашему опыту, эти техники особенно часто полезны пациентам, которые не отвечают на другие вмешательства. Люди с ГТР обычно сканируют окружающую среду на предмет угрозы и возводят укрепления против ощущения и выражения сильных эмоций. Самое недавнее мнение о ГТР состоит в следующем: пациенту необходимо принять свои болезненные эмоции и справиться с ними, поскольку функция беспокойства состоит в избегании более глубоких и более пугающих чувств (Borkovec & Newman, 1998). В каком-то смысле избегание может быть эффективным — на короткий отрезок времени. Но трудность состоит в том, что оно мешает изживанию страха и увековечивает тревогу, которая под влиянием страха только усиливается. Так, если люди часто пользуются копинг-стратегиями, которые обходят или подавляют негативные эмоции и мысли, — страдают клинические следствия (Hayes & Gifford, 1997; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Один из способов открытия человека к диапазону эмоций — практика *полной осознанности.*

Эмоциональная обработка межличностных чувств

Фоа и Козак (Foa и Kozak, 1986) установили необходимость эмоциональной обработки страха для того, чтобы преодолеть его. Однако совсем недавнее новшество в терапии ГТР — признание важности эмоциональной обработки межличностных чувств. Пациенты с ГТР беспокоятся по поводу межличностных отношений больше, чем по любому другому (Roemer, Molina, & Borkovec, 1997). В интегративной терапии ГТР Ньюмена и др. (Newman, Castonguay, Borkovec, and Molnar, 2004) пациентам говорят, что, вероятно, они так склонны к избеганию того, чего боятся, что не смогут удовлетворить свои межличностные потребности, невольно создавая ситуации, порождающие не только тревожность, но и негативные следствия. Например, защищая себя от других, будучи не в состоянии раскрыть свои потребности и чувства, они могут быть восприняты другими людьми как недоступные, незаинтересованные и холодные. Цель терапии состоит в том, чтобы сместить центр внимания пациента «подальше от ожидания опасности и поближе

к открытости другим, спонтанности и чувствительности, так же как к сопереживанию и вниманию к потребностям других» (р. 329). Ньюман и ее коллеги рекомендовали комбинировать КПТ с различными методами эмоционального углубления, взятых из других подходов (например, взятую из гештальт-терапии или терапии переживаний технику двух стульев). Далее они рекомендовали всестороннее исследовать отношения со значимыми людьми посредством следующих вопросов: (а) «Что произошло между вами и другим человеком?» (Ь) «Какие эмоции вы чувствовали?» (с) «Что вам было нужно или что вы надеялись получить от другого человека?» (d) «Чего вы боялись от другого человека?» (е) «Что вы делали?» (f) «Что произошло потом между вами и другим человеком?» и (g) продолжить исследование, возвращаясь к вопросу «Какие эмоции вы испытали?»

Гипноз можно интегрировать в эту структуру терапии, приглашая пациента войти в самогипноз и наблюдать за своими переживаниями, разворачивающимися как в кино или на видеоэкране во время ответов на вышеупомянутые вопросы. Пациенту говорят, что у него есть кнопка «пуск/стоп» и регулятор для управления чувствами — и то, и другое можно включить или выключить. Во время первого просмотра пациенту дают инструкцию описать то, что происходит, наблюдая действие, в то время как регулятор чувств выключен. Затем следует другой просмотр, во время которого пациента просят включить регулятор чувств и останавливать действие всякий раз, когда он ощущает, что его наблюдаемое Я начинает испытывать даже малейший дискомфорт. В этом месте пациент может «войти в кино», просканировать свое тело и точно определить, как его страх связан с катастрофическими мыслями (напр., о насмешках, одиночестве, отказе) и предчувствиями. Затем можно попросить пациента поставить регулятор управления чувствами в такое положение, чтобы он мог испытывать чувства по мере разворачивания сцены, поскольку он будет лучше ощущать, в чем нуждается, чего хочет и чего боится его наблюдаемое Я (человек-мишень), полностью ощущая себя в этот момент с этим человеком. В любое время, когда терапевт или пациент захотят обсудить происходящие события, пациент может «выйти из кино» и выключить регулятор чувств. Упражнение можно повторять до тех пор, пока человек не сможет вытерпеть и принять любое возникающее чувство и хоро-

шо осознать свои паттерны избегания и мысли, обосновывающие его эмоциональные уходы. Терапевт может также использовать *технику поощрения сопереживанию и пониманию,* прося пациента сосредоточиться на возможных мыслях и чувствах человека, с которым он взаимодействует, обращая особое внимание на то, как поведение пациента может выявить межличностные реакции, подкрепляющие страхи и вспышки беспокойства. Можно использовать регрессию возраста, чтобы исследовать детские отношения с родителями и другими значимыми людьми для лучшего понимания связанных с предшествующим развитием текущих паттернов избегания и межличностных ожиданий.

Терапия тревоги является непременным условием вмешательств для многих расстройств и состояний, которые тревогой сопровождаются. Многие из техник и стратегий для купирования тревоги могут использоваться при всестороннем лечении различных состояний, включая депрессию, расстройства пищевого поведения и токсикоманию. В следующей главе мы описываем терапию посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), тоже относящегося к тревожным расстройствам, и она может быть качественно улучшена за счет применения многих из гипнотических техник, рекомендуемых нами для тревожных расстройств. Действительно, экспозиционная терапия, например, многими расценивается как перво-очередное лечение для ПТСР. Тем не менее, мы посвятили ПТСР отдельную главу, поскольку в этом случае вокруг тревоги выстраивается особая совокупность знаний, связанных с травмой и навязчивыми образами, и терапия ПТСР поднимает несколько другие проблемы, чем терапия не связанных с травмой тревожных состояний и расстройств.

10

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО

Война, насилие, преступления и стихийные бедствия мучают человечество с древности до настоящих времен. Действительно, большинство членов современного общества в некотором роде травмировано. Исследование Кесслера и его коллег (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995), проведенное почти на шести тысячах мужчин и женщин, показало, что большинство из отобранных людей пережили по крайней мере один травмирующий случай за время своей жизни. Но дела обстоят еще хуже: для человека однажды травмированного риск получить вторую травму составляет 50% (Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders, & Best, 1993). В одном из исследований, проведенном на студентах последнего курса колледжа (Vrana & Lauterbach, 1994), треть испытуемых сообщили, что испытали четыре травматических события и больше. Хотя много людей — возможно даже 80% — достаточно гибко справляются с широким диапазоном травмирующих жизненных событий (например,с насилием, стихийными бедствиями, войной), от 25% до 33% не настолько удачливы и страдают от серьезных длительных последствий, включая тревогу, депрессию и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР; Meichenbaum, 1994; Yehuda, Resnick, Kahana, & Giller, 1993). Согласно статистическим данным, распространенность ПТСР — 5% у мужчин и 10% у женщин (Kessler et al., 1995). В популяциях высокого риска, таких как ветераны вьетнамской войны, этот процент возрастает до 30% (Национальное исследование адаптации ветеранов вьетнамской войны; Kulka, Fairbank, Jordan, Weiss, & Cranston, 1990), хотя возможно, что уровень распространенности ПТСР и негативных травматических реакций завышен (Dean, 1998).

ОСОБЕННОСТИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

В этой главе мы иллюстрируем, как можно комбинировать техники, основанные на экспозиции, с гипнозом и когнитивными вмешательствами, чтобы облегчить симптомы ПТСР. Для последующей постановки диагноза ПТСР травматическое событие должно подвергать опасности жизнь человека, а его ответные реакции должны включать интенсивный страх, беспомощность или ужас (Американская психиатрическая ассоциация, 1994). Также необходимо, чтобы эти симптомы сохранялись в течение по крайней мере одного месяца; в противном случае состояние диагностируется как *острое стрессовое расстройство.* Симптомы ПТСР включают стресс и перевозбуждение (напр., расстройства сна, преувеличенные и причиняющие страдание старт-рефлексы), эмоциональную холодность, бесчувственность (например, ограничение диапазона эмоциональных переживаний, чувство отрешенности и отчуждения от других) и постоянное избегание ситуаций или напоминаний о травме (например, попытки избегать действий, мест или людей, связанных с событием).

Один из критериев ПТСР — яркие воспоминания, чувства и образы травмирующих событий, широко известных как *флэшбэки'.* Эти навязчивые симптомы ПТСР могут возвращаться в течение многих десятилетий после первоначальной травмы и реактивироваться многими ежедневными стимулами и напряженными событиями. Тим О'Брайен, автор романа *о вьетнамской войне «Что они вынесли»* (1990), рассказывая о военных событиях заметил: «Безусловно, самое трудное — это заставить плохие образы уйти. В военное время мир вокруг — это одно большое, долгое, ужасное кино, кадр за кадром, и если хоть что-то напоминает мне Вьетнам — по мне всю жизнь мурашки ползают» (1990, р. 56). Флэшбэки связаны с хроническими соматическими расстройствами, тревогой, депрессией, диссоциацией, избеганием ситуаций, связанных с их появлением, параноидальным мышлением и расстройствами сна (Baum, Cohen, & Hall, 1993; Bremner et al., 1995; Jones & Barlow, 1990; Nolen-Hoeksema, 1990) и в терапии им нужно уделять самое большое внимание, что мы иллюстрируем далее.

От англ, flashback — кадр из прошлого, возвращение образов прошлого. Используется без перевода, как устоявшееся понятие. — ***Прим. пер.***

ГИПНОЗ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО

М ногие из опубликованных клинических отчетов за почти двухсотлетнюю историю использования гипноза в Голландии (Vijselaar & Van der Hart, 1992) документально подтверждают потенциальную эффективность гипноза в лечении целого ряда посттравматических состояний, связанных с войной, сексуальными нападениями, погрешностями анестезии и автомобильными авариями (см. Cardena, 2000). Кроме того, рандомизированное контрольное исследование (Brom, Kleber, & Defare, 1989) показало, что гипноз, проведенный в контексте терапии поведения, десенсибилизации и психодинамической психотерапии был более эффективен по сравнению с результатами контрольной группы по окончании лечения и в течение трех месяцев после него. Хотя ни одна терапия не обнаружила явного превосходства над другими, симптомы интрузии, т.е. внедрения (напр., флэшбэки), лучше всего поддавались гипнозу и десенсибилизации, тогда как симптомы избегания лучше всего реагировали на психодинамическую терапию.

На основе всестороннего обзора литературы по гипнозу при лечении посттравматических состояний (Cardena, Maldonado, Van der Hart, &Spiegel, 2000, p. 270) исследователи утверждают, что существуют веские причины и клинические наблюдения, которые заставляют рекомендовать при терапии ПТСР дополнительно использовать гипноз. Как было упомянуто ранее, гипнотические процедуры могут служить полезным дополнением для когнитивно-поведенческой и экспозиционной терапии. Тот факт, что экспозиционная терапия, как оказалось, была эффективна во всех 12 исследованиях терапии ПТСР, в которых она применялась (Rothbaum, Meadows, Resnick, & Foy, 2000), и что когнитивно-поведенческая терапия для ПТСР тоже высоко эффективна (Deacon & Abramowitz, 2004; Van Etten & Taylor, 1998), делает гипноз многообещающим дополнительным вмешательством для того, чтобы облегчить страдания жертв травмы. Это впечатление подкрепляется тем, что пациенты с посттравматическими состояниями более податливы гипнотическим внушениям, чем большинство других пациентов (D. Spiegel, Hunt, & Dondershine, 1988; Stutman & Bliss, 1985), и поэтому, вероятно, вынесут пользу из гипнотических процедур (Cardena, 2000; Cardena et al., 2000).

ОЦЕНКА И ТЕРАПИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

Терапия посттравматических состояний начинается с оценки травмированного человека. Некоторые пациенты, если их особым образом не расспрашивать, неохотно раскрывают историю своей травмы - из-за стыда, самообвинения и тенденции избегать тревожных тем (Kilpatrick, 1983). Таким образом, терапевту обязательно задавать вопросы прямо и направлять их так, чтобы получить законченную историю травмы. По единодушному мнению совещания относительно оценки ПТСР (Keane, Solomon, & Maser, 1996), желательно получить следующие данные: (a) информацию стандартизированных клинически контролируемых диагностических интервью (например, SCID-PTSD модуль DSM-IV; Американская психиатрическая ассоциация, 1994; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996); (b) оценку связанных с травмой повреждений и недееспобности; (c) аспекты события, включая возраст, воспринятую угрозу жизни, повреждения, вред, частоту и продолжительность; и (d) данные, извлеченные из самоотчетов (например, «Шкала воздействия события», испр.; D. S. Weiss & Marmar, 1997) с установленной валидностью и надежностью.

Кроме того, мы советуем собрать информацию относительно личных особенностей, а также поведения, чувств и мыслей, которые произошли до, во время и после травматического события, включая: (a) личные ресурсы и ограничения (например, способность к пониманию, способность допускать и принимать негативные эмоции, проблемы памяти) и социальная поддержка; (Ь) коморбидные психологические расстройства и история, предшествующая травме; (c) изменения в самоощущении (например, «я ничего не стою, потому что не сопротивлялась сексуальному нападению») и в мировоззрении («я не могу доверять никакому мужчине») в ответ на травматическое событие; (d) текущие пусковые механизмы посттравматических реакций; (e) содержание флэшбэков и сообщения о сопутствующей психофизиологической и эмоциональной реактивности; (f) успешные (если они есть) и неуспешные стратегии, применявшиеся для управления флэшбэками; (g) проблемы памяти и (h) способность заключить действующий альянс с терапевтом.

И наконец, нужно оценить необходимость медикаментозного лечения. Многие люди с ПТСР получают пользу от селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (SSRIs: напр., Prozac, Zoloft), которые имеют дополнительные возможности влечении депрессии и панического расстройства, часто сопровождающих ПТСР (M. J. Friedman, Davidson, Mellman, & Southwick, 2000).

Терапия флэшбэков и посттравматического стрессового расстройства: экспозиционная терапия и гипноз

Объяснение для экспозиционной терапии

Экспозиционная терапия может быть эффективной по нескольким причинам. Травмирующие события, как полагают, приводят к образованию в памяти структур или цепочек страха (см. Foa & Rothbaum, 1998; Foa, Steketee, & Rothbaum, 1989), которые активизируются в ответ на напоминание о травме и ведут к уклонению и избеганию. Поэтому экспозиция может быть прямым путем к вызыванию и изменению структур страха и минимизации избегания. Повторная экспозиция того, чего люди боятся, в безопасной окружающей среде приводит к привыканию и адаптивным изменениям в структуре страха. Экспозиция также может быть эффективной за счет наблюдения того, как в безопасной и управляемой терапевтической обстановке страхи вырастают и уменьшаются, что порождает позитивные самовнушения и ожидания (например, «я владею собой», «я могу включить или выключить страх»), что одновременно и уменьшает тревожность и изменяет неадекватные убеждения, поддерживающие избегание (например, «я слабый и беззащитный»). Экспозиция также дает человеку возможность переоценить событие и его реакцию на это событие. Например, во время экспозиции жертвы сексуальных нападений могут иметь возможность сосредоточиться на своем сопротивлении нападению и представить себе, что они приложили все усилия, чтобы не допустить этого. По наблюдениям Мейченбаума (1994; Meichenbaum & Fong, 1993), весь нарративный рассказ, в который вложено травматическое событие, может измениться при пересказывании или повторном переживании в направлении большего самопринятия и более реального

оценивания опасности от окружающей среды и вероятности повторной травматизации (см. также Foa & Kozak, 1986).

Управление аффектом

Пациента нужно обязательно подготовить к экспозиционной терапии. Кандидат на экспозиционную терапию в идеале должен испытать психофизиологические реакции на конкретные заново переживаемые воспоминания о травме (Litz, Blake, Gerardi, & Keane, 1990). Вместе с этим, в качестве неприятных побочных продуктов экспозиционной терапии, могут появиться симптомы тревоги и паники (Pittman и др., 1991). Соответственно, кардинальное правило терапии ПТСР заключается в следующем — предпосылкой к осуществлению экспозиционной терапии является уровень стабильности симптома, наряду со способностью пациента быть терпимым к эмоционально заряженным образам.

Экспозиция должна назначаться только после того, как с пациентом установлен хороший раппорт, ему объяснены характер ПТСР и польза экспозиции и за время предыдущих сессий он овладел самогипнозом и навыками релаксации. В распоряжении пациента должно быть меню стратегий управления аффектом, включая тренинг самоуправляемого расслабления (см. главу 7). Перед угрозой напоминания о травме часто невозможно обойтись без *расслабления по сигналу* и использования индивидуализированных когнитивных и физических якорей (см. главу 4). Могут понадобиться самовнушения типа: «То было тогда, а это — сейчас», «Вы выжили и вы живы», и «Вы сделали, что могли», так же как заверяющие слова и фразы типа *«Со* мной все будет в порядке», «Это чувство пройдет» и «Я сильный и хороший». Пациенты могут использовать самогипноз и представить себе комфортное и безопасное место, чтобы успокоить себя или пробудить приятные и отвлекающие воспоминания, образы и ощущения в разных сенсорных модальностях (например, запах цветов) для того, чтобы заменить травмирующие воспоминания. Визуализация сцен, связанных с чувствами принятия, любви и заботы о другом человеке, с ощущением собственной нужности и компетентности, тоже может успокоить некоторых людей.

Жест «большой и указательный палец вместе» может использоваться как сигнал или якорь, чтобы вызвать самогипноз или рас-

слабление. В случае флэшбэков, связанных с отдаленными по времени событиями, пациенты могут принести недавно отчеканенную монету и использовать дату ее изготовления для заземления своего опыта в настоящем. Можно использовать какой-либо объект, например, маленький гладкий камень, наполненный специальным значением и «силой», и которого нужно коснуться по сигналу для того, чтобы создать у пациента подобие эмоционального постоянства в разных ситуациях и ощущение концентрации на настоящем времени. Или можно использовать еще одну «портативную» стратегию для пациента: поместить руку возле сердца; считать медленно, дыхание глубокое; заметить детали настоящего окружения и сказать самому себе: «Я в безопасности и я — в настоящем».

Подготовка к экспозиции

Чтобы заложить надлежащую основу для экспозиционной терапии, мы сообщаем пациентам, что, хотя они, возможно, никогда не думали о флэшбэках таким образом, — но они отражают их талант, который можно использовать как преимущество во время гипноза. Талант — это способность вообразить и воссоздать события «столь же реальными, как реальные», но которые на самом деле не происходят в действительности. Возникновение флэшбэков подразумевает необычную и, возможно, высокую внушаемость, поскольку пациент начинает верить, но лишь временно, что представляемое им событие происходит в действительности, и чувствует сопутствующие физические эффекты, как если бы он находился под гипнотическим внушением. Если пациент может живо представить себе негативные события, можно воспользоваться его навыком к воображению и внушаемостью, чтобы создать различные приятные и адаптивные гипнотические и не гипнотические переживания. Чтобы способствовать позитивным ожиданиям, терапевт может сообщить пациенту, что, как показывает исследование, многие люди, страдающие ГТТСР, высоко внушаемы и что высокий уровень внушаемости является полезным, но не необходимым для того, чтобы научиться отделять прошлое от настоящего, чувствовать себя в безопасности теперь и двигаться вперед по жизни.

Внушения по следующим направлениям можно дать во время самогипноза до осуществления экспозиционных методик, чтобы прервать и разрядить травмирующие воспоминания:

Это понятно и нормально испытывать стресс и разрушение вашей жизни после переживания травматического случая, который, по определению, выходит за пределы нормального опыта и порождает страх и избегание. Тот факт, что мысли об этом случае все еще имеют власть и могут вывести вас из равновесия и что у вас бывает возвращение воспоминаний, образов, указывает на то, что вы еще не переработали то, что случилось, до такой степени, что можете мирно сосуществовать со своим прошлым и ослабить свою бдительность и чувствовать себя защищенно и безопасно в настоящем. Напоминания о том, что случилось, все еще болезненны, но вы можете обнаружить, что они будут терять свою власть волновать вас, по мере того как вы осознаете на всех уровнях своего существа, что нет никакой непосредственной угрозы в настоящем... Событие — это прошлое... можете позволить ему уйти... потому что теперь безопасно... и вы можете двигаться по жизни... двигаться вперед... по мере того, как развивается ваш жизненный опыт, мгновение за мгновением. Переживая это событие неоднократно и ярко в своем воображении в экспозиционных упражнениях, которые мы будем делать вместе, вы обнаружите, что владеете собой, вы будете понимать, что, когда событие проигрывается снова, это не более, чем мысленная лента... лента, которая работает в вашем собственном уме, а не в действительности. В то время как злая сила этой ленты угрожать вам и пугать вас уменьшается, вы становитесь все более и более свободным... свободным, чтобы жить своей жизнью, делать выбор, дышать с каждым дыханием... не скованным прошлым. Все дальше и дальше вы будете уносить от того, что случилось, важные знания. По мере того как ваша уверенность возвращается... вы по достоинству оцените свою способность приходить в норму, свою устойчивость... вы войдете в контакт с новым правильным пониманием того, что вы должны сделать, чтобы о себе позаботиться, быть себе полезным, успокоить себя... Поскольку вы занимаетесь тренингом самоуправляемой релаксации, дыхательными упражнениями и расслаблением по сигналу, при первых признаках проявления стресса вы напомните себе, что любой дискомфорт, который вы ощущаете, пройдет, и вы все больше и больше будете в состоянии взять на себя ответственность за свое настроение, за свое тело и в конечном счете за управление своей жизнью.

Упражнение «Лифт»

Техника лифта - это способ задать цели и задачи терапии, *заранее установить* позитивные мысли о пользе преодоления фобического избегания ситуаций, связанных с травмой, и справиться с флэшбэками с помощью экспозиции.

Прежде чем мы начнем экспозицию, давайте вместе исследуем, как изменится ваша жизнь, когда вас больше не будут беспокоить повторные переживания автомобильной аварии. У вас есть возможность заново построить свою жизнь, с первого этажа и вверх. Вы это можете. Вот что я хотел бы, чтобы вы сделали, — погружайтесь в самогипноз, глубже и глубже, так, как вам нравится. Представьте себе, что вы находитесь в лифте на первом, самом нижнем этаже. Я хотел бы, чтобы вы нажали кнопку, на которой написано два, и почувствовали, как вас поднимает на следующий уровень... на следующий уровень, так как вы поднимаетесь на второй этаж. Когда вы шагнете из лифта, у вас появится сильное ощущение чего-то такого, что вы в первую очередь должны сделать после того, как вас больше не будут беспокоить повторные переживания автомобильной аварии. Возможно у вас появится образ того, что вы должны сделать... вы осознаете решения, которые надо принять, поймете, как вам нужно о себе заботиться, что вы должны сделать или чем рискнуть, и как вы могли бы посмотреть на себя и на мир иначе. Хорошо, теперь почувствуйте приятное сильное ощущение того, что вы должны сделать, вообразите, что вы все сделали именно так, как должны были сделать, и в процессе этого вы изменились. Теперь нажмите кнопку следующего этажа, номер 3, зная, что ваша жизнь изменилась к лучшему, прежде чем вы шагнете из лифта. Теперь шагните из лифта и почувствуйте, что следующее вы должны сделать... Что это такое, что вы должны сделать теперь? После того как вы почувствуете, что вы должны сделать, представьте себе, что вы это уже сделали и что ваша жизнь изменилась, изменилась к лучшему. В этом здании есть еще один этаж, и вы сделаете то же самое, что уже делали, чтобы добраться до вершины того, куда вы должны идти и чего вы должны достичь. Теперь поднимайтесь на верхний этаж, осознавая, как изменилась ваша жизнь, и почувствуйте, что вы должны сделать, чтобы полностью вылечиться, чтобы почувствовать себя более спокойно и непринужденно, расслабленно и безопасно с самим собой

и с другими, чтобы жить в мире более спокойно, и плыть по течению жизни. Хорошо, теперь почувствуйте, что вы должны сделать, и как именно вы изменитесь... изменитесь к лучшему. Достаточно, теперь когда вы откроете глаза, вы сможете этим со мной поделиться. Я был бы за это вам очень признателен.

Введение в *экспозицию*

Прежде чем начать экспозицию, мы просим пациента описать событие-адресат с помощью сухих фактов, чтобы проверить его способность описывать то, что произошло, оставаясь относительно спокойным и расслабленным. Мы рекомендуем проводить экспозицию только после того, как пациент сможет выдерживать эмоции, спровоцированные относительно поверхностным или беглым обсуждением события. Каждая сцена перед экспозицией должна обсуждаться, и пациент должен решить, в каком темпе следует продолжать и какое количество тревоги он готов вынести, что индексируется с помощью *шкалы субъективных единиц дискомфорта* (СЕД). Мы рекомендуем начинать со сцен умеренной интенсивности, в диапазоне 4—7 по 10-балльной шкале СЕД. Сначала можно посвятить экспозиции целую сессию, опустив или не проговаривая наиболее расстраивающие детали. Однако после одной или двух сессий часто становится возможным подробно пройти каждую сцену и повторить ее несколько раз, после того как будет отработано ее детальное изображение. Самогипноз и релаксация должны следовать за каждым экспозиционным испытанием, наряду с обсуждением того, насколько расстраивающей была сцена в баллах (по оценке СЕД), какие темы проявлялись (например, потеря, гнев, страх смерти, вина) и как этот случай может послужить источником информации, как справляться со страхом.

Поскольку разговор об этом, хоть он и намного меньше возрождает травмирующие воспоминания, может быть напряженным, мы рекомендуем продолжать экспозицию в темпе, который могут выдержать пациенты: и физически - в терминах уровня возбуждения, и эмоционально — в терминах ощущения владения собой и без переполнения чувствами. Если оценки СЕД указывают на уровень напряжения выше пяти или шести или пациенты выглядят явно взволнованными после того, как были проведены самогипноз и процедуры релаксации , мы специально спрашиваем, хотят ли пациен-

ты продолжать или хотят сделать передышку и обсудить оставшуюся у них тревогу, и не продолжать до тех пор, пока дискомфорт не спадет. При этих обстоятельствах мы не стремимся вперед, пока пациент не выразит к этому готовность. Подобный такт поможет снизить понятное нежелание пациентов участвовать в экспозиционной терапии (Rothbaum и др., 2000) и минимизировать возможность негативных последствий (например, сильного стыда и вины, непереносимого возбуждения) после повторной экспозиции травматических событий (Davidson и Ваши, 1993). Несмотря на это, нужно проводить экспозицию с большой осторожностью или полностью исключить ее в тех случаях, когда пациенты испытывают текущий кризис, у них суицидальные тенденции или токсикомания, или они недавно подали иск о компенсации связанного с травмой ущерба, оказывают сопротивление терапии или у них трудности с созданием мыслеобразов (Litz и др., 1990).

Теперь, когда вы лучше понимаете, что приобретете, научившись бороться с возвращением образов и принимать свое прошлое, пришло время заняться экспозицией, чтобы узнать, как сосуществовать и в конечном счете справиться с тревожащими воспоминаниями и образами, чьи корни лежат в вашем прошлом. Теперь погружайтесь в ваш гипноз, зная на самых глубоких уровнях своего существа, что вам будет безопасно в этой комнате, даже при том, что ваша память вас обманывает в связи с прошлым, как если бы оно было настоящим. На этом глубоком уровне, вы будете знать, что то было тогда, а это — теперь. И это безопасно в теперь. Каждый раз, когда вы будете заниматься экспозицией, вам будет легче испытывать то, чего вы боитесь. Это как если вы смотрите фильм ужасов в первый раз, в самый страшный момент вы можете почувствовать, что от страха хотите выскочить из кожи вон. Но если бы вы должны были смотреть это кино много раз, все снова и снова, ваш страх уменьшался бы с каждым просмотром. Когда придет время, вы включите воображаемую ленту, представляя себе, что наблюдаете сцену из видео на мысленном экране телевизора. Вы можете вообразить диски-регуляторы, которыми можно пользоваться для управления степенью эмоции, которую вы чувствуете во время сцены, и вы можете увеличить масштаб изображения, чтобы рассмотреть детали, на которых вы хотите сосредоточиться. Если эмоция становится слишком сильной для вас, просто понизьте ее уровень, повернув регулятор, глу-

боко вдохните и обязательно напомните себе, что в настоящем времени вам безопасно. Но держите интенсивность эмоций на таком высоком уровне, какой только можете выдержать. Скоро я попрошу, чтобы вы позволили мысленной ленте развертываться и показать сцену с начала до конца. Я хотел бы услышать все о вашем опыте, от первого лица и в настоящем времени, все детали, которыми вы захотите поделиться в этот момент... какой момент самый страшный... что вы думаете и что чувствуете. Если вы пойдете слишком быстро, я скажу вам замедлить движение ленты. Вы можете управлять скоростью с помощью дистанционного управления... быстро... медленно... но давайте держать скорость такой же медленной, как вы можете ходить, таким образом вы испытаете все в самой полной степени, в которой вы способны испытать в этот момент времени. Создайте это, чувствуйте это, живите этим, но глубоко внутри самого себя вы все время знаете, что вы — тот, кто позволяет ленте крутиться... вы — тот, кто это делает, и вы — тот, кто будет этим управлять. И вы будете знать, что событие на самом деле не происходит в настоящем, а только в вашей памяти и нигде больше. В конце ленты вы пойдете глубже и глубже в свой гипноз, позволяя себе полностью расслабиться, расслабляйтесь полностью, спокойно и непринужденно, вынося из сцены то, что вы можете, что вы хотите, изучая, что вы можете... вырастая как личность едва различимым или может не так уж едва различимым образом. Обучение и рост. Учась комфортно чувствовать себя с вашим жизненным опытом, с тем, что приятно, и с тем, что не так приятно. Теперь давайте позволим сцене разворачиваться. Если я скажу вам остановить сцену, вы сможете немедленно ее остановить. Быстро и легко. Негативные эмоции, связанные со сценой ослабнут, рассеются, как облака на ветру, поскольку вы позволите им уйти.

Эта процедура повторяется обычно от трех до девяти сессий, пока сцена не будет переживаться с оценкой СЕД не больше двух. Иногда могут проявиться другие травматические сцены, например сексуальное насилие в детстве в случае со взрослыми женщинами, подвергшимися сексуальным домогательствам, эти сцены можно наметить на последующие экспозиционные сессии. Если пациент боится мест или ситуаций, связанных с травматическим событием, можно провести экспозицию в естественных условиях, как было объяснено при обсуждении экспозиций фобических ситуаций (см. гл. 9).

Периоды флэшбэков

Подобно *периодам беспокойства* в терапии генерализованного тревожного расстройства (ГТР), в случае относительно стабильных пациентов ПТСР можно применять *периоды возвращения воспоминаний.* В этой методике планируется время, когда пациенту нужно будет войти в самогипноз, оживить событие за время около первых 20 минут (отмеченных таймером или будильником) и в конце периода достичь состояния глубокого расслабления и спокойствия. Каждый день следует планировать по два таких периода, при этом второй период должен длиться не более, чем 5—10 минут. Каждый день, по крайней мере в течение недели, более длительный период нужно уменьшать на две минуты, позволяя пациенту почувствовать, что он управляет своей памятью, которая становится все более и более сжатой и ограниченной за время испытаний. Пациент или терапевт могут сделать аудиозапись о травмирующем событии, чтобы усилить вовлеченность в экспозицию.

Полная осознанность

Поскольку основанное на опыте избегание присуще многим посттравматическим реакциям, техники *состояния полной осознанности,* представленные в главе 8, вполне могут оказаться полезным дополнением и к формальной экспозиции и к *периодам беспокойства.* Техника полной осознанности не требует ничего иного, кроме как спокойно сидеть и безоценочно принимать любые возникающие мысли и чувства. Вознаграждение, положенное за принятие негативных (также как и позитивных) событий, а не за избегание, представление о том, что даже тревожные чувства можно выдержать и со временем перевести в позитивные, возможности для экспозиции и привыкание к страхам, связанным с травмой — все это может внести свой вклад в эффективность применения техники полной осознанности в лечении ПТСР.

Работа с воспоминаниями

Техники, которые вызывают титрующий эффект и подтверждают, что пациент управляет мыслеобразами, можно использовать для того, чтобы дополнить экспозицию, или сами по себе. Хотя стратегии, которые мы рекомендуем, не имеют выраженной в цифрах эм-

лирической оценки, мы обнаружили, что они оказались очень полезны нашим пациентам. Можно давать внушения пациентам: (а) чтобы их внутреннее Я наблюдало за событиями с некоторого расстояния или с другой перспективной или мысленной точки зрения (например, комментируя, что бьющий ребенка человек в сцене небезопасен); (Ь) чтобы остановить движение мысленной ленты, заставить ее двигаться в обратную сторону с разных мест, затем быстро вперед и дать сцене другое окончание; (с) чтобы наблюдать за событиями с точки зрения беспристрастного наблюдателя перед вхождением в сцену; (d) чтобы заставить сцену стать более яркой, более тусклой или размытой, не в фокусе; (е) чтобы изменить особенности ключевых фигур (например, стать меньше или больше; скажем, ступни ног могут вырасти до нелепых размеров, как у клоуна) так, чтобы нейтрализовать их угрожающие аспекты; (f) чтобы останавливать и неоднократно запускать ленту; (g) реструктурировать память до тех пор, пока не появятся другие чувства, или активно культивировать их (например, гнев против страха) во время наблюдения за лентой; (h) чтобы двигаться назад-вперед между травматическим инцидентом и памятью о нем, когда пациент почувствовал бы, что достаточно владеет собой, защищен и в безопасности; и (i) чтобы держать беспокоящие воспоминания между сессиями в архивном ящике, запертом сейфе или в специальном помещении-хранилище.

Возрастная прогрессия и регрессия

Прогрессию возраста можно вызвать у большинства пациентов, делая им внушение идти вперед по дороге к восстановлению, к тому времени, когда воспоминания переработаются и больше не будут их мучить. Мы инструктируем пациентов замечать все, даже небольшие изменения в мыслях, чувствах и действиях, которые происходят по дороге, и указывать, как они смогли достичь этих изменений. Если они не в состоянии идентифицировать какие-то особые изменения, пациентов можно заверить, что по крайней мере один раз в день он и могут войти в саморефлексивное состояние гипноза, чтобы узнать, как оставаться заземленными в настоящем, и что, поскольку их мудрость растет, они смогут замечать маленькие изменения, обычно ускользающие от внимания, и смогут приобрести более глубокое понимание того, что они должны сделать, чтобы достичь полного восстановления.

Регрессия возраста к радостным временам детства может быть противоядием от отчаяния, в котором пациенты забыли, что когда-то раньше они переживали моменты счастья и удовлетворения, до того как травматическое событие перевернуло их жизнь с ног на голову. Напоминание о более счастливых днях в сочетании с прогрессией возраста ко времени, когда событие будет успешно переработано, можно использовать, чтобы изолировать травмирующее событие и добиться позитивных терапевтических ожиданий. Кроме того, можно сделать постгипнотические внушения, чтобы у пациентов возникали позитивные флэшбэки, в которых они очень ярко и подробно вспоминали бы самые лучшие события; такие воспоминания из прошлого убеждают пациентов в том, что они смогут достичь психического равновесия. Можно также вспомнить то время, когда пациент чувствовал себя сильным, уверенным и находчивым, и при необходимости дать инструкцию на усиление и использование этих чувств в настоящем.

В случае комплексной травмы или диссоциативного расстройства, когда недавние травматические события резонируют, например, с более ранним, длительным сексуальным и физическим насилием, пациенты могут быть не в состоянии обнаружить такой период детства, когда они ощущали себя радостными, беззаботными и по-настоящему счастливыми. В таких случаях очень важно до начала любых попыток возрастной регрессии выяснить, уместна ли эта процедура, и идентифицировать для внушений возрастной регрессии конкретные мишени, имеющие высокую вероятность для активации позитивных ассоциаций и ожиданий.

Когнитивное реструктурирование

Травматические события могут сталкиваться с представлением пациента о себе и разрушать бережно хранимые им представления о мире. Согласно когнитивному взгляду на ПТСР, вовсе не событие, а приписываемое ему *значение* и связанные с этим представления о себе управляют посттравматическими реакциями (A. T. Beck, 1976). Если пациент интерпретирует флэшбэки как потерю контроля над собой или как знак психологической декомпенсации, простое подтверждение этого может его удовлетворить. И хотя пациенты могут также знать, что при травматических со-

бытиях возникает огромное число разных реакций, их можно заверить, что страх и появление воспоминаний из прошлого вполне объяснимы, — они возникают при особенно интенсивных и подавляющих эмоциональных реакциях на стрессор.

Более проблематично, когда пациенты так интерпретируют событие: мир вокруг - больше не безопасен, людям нельзя доверять, и жизнь полностью непредсказуема. Мейченбаум (1994) утверждал, что люди, страдающие ПТСР, имеют тенденцию зацикливаться на следующих вопросах: «Почему я?» «Это так несправедливо!» «Смогу ли я когда-нибудь владеть собой и насколько?» «И на кого я могу рассчитывать?» и т.д. Вопросы такого рода, как отмечает Мейченбаум, уменьшают вероятность того, что человек примет, решит или найдет смысл в потере или травматическом событии. Мы заметили, что флэшбэки могут служить суеверным напоминанием о том, что, если люди испуганы, бдительны и полагают, что мир опасен, то опасность можно отвести. В подобных случаях флэшбэки могут сохраняться до тех пор, пока человек не почувствует себя в безопасности и достаточно сильным, чтобы бороться с повседневными проблемами и без них.

Когнитивное реструктурирование в направлениях, описанных в предыдущей главе, может понадобиться для того, чтобы помочь человеку примириться с тем, что произошло с его (дотравматической) системой убеждений, особенно в случаях, когда эмоции — такие как, самообвинение, вина и стыд — являются частью симптоматической картины. Когнитивная терапия исследует и оспаривает автоматические, дисфункциональные мысли пациентов (например: «Нигде не безопасно», «Не доверяйте никому»), проистекающие из события, и заменяет негативные паттерны мышления более адаптивными (напр.: «Люди должны заработать мое доверие»). *Терапия когнитивной переработки* Ресик (Resick, 1992; Resick и Schnicke, 1992) предназначена для лечения переживших сексуальное насилие и объединяет экспозиционную и когнитивную терапию. Когнитивный компонент затрагивает оспаривание самообвинения и других сверхгенерализованных убеждений, чье начало происходит из особых *точек застревания, то есть* моментов во время нападения, которые породили конфликт с укоренившимися убеждениями и таким образом вызвали тревогу и горе.

Техника разделённого экрана

Кардена (Cardena et al., 2000) утверждал, что важный аспект когнитивного реструктурирования — сделать травматические воспоминания «более переносимыми» (р. 257). Чтобы сделать травматический случай более переносимым, Кардена (Cardena et al., 2000; см. также D. Spiegel, 1981,1992) рекомендовал технику разделенного экрана, в которой пациент проецирует образы воспоминаний о травме на левую сторону, а то, что он сделал, чтобы защитить себя или кого-то еще (например, сопротивлялся, кричал, протестовал, лежал неподвижно) на правую. Если пациент считает себя виновником сексуального нападения или, например, чувствует, что он недостаточно сопротивлялся, ему можно сказать, что не сопротивляться — это автоматическая и общая стратегия выживания перед лицом смертельной опасности, которая полностью понятна в подобных обстоятельствах. Как утверждают Кардена и др. (2000) «образ справа может помочь пациенту понять, что в то время, как его действительно преследовали, он еще и пытался справиться с ситуацией и проявлял храбрость во время всеподавляющей угрозы» (р. 257).

Техника утешения ребенка

Следующую технику можно использовать для того, чтобы подобрать значение из произошедшего в детстве травматического события, рассматривая его со взрослой точки зрения. В свете риска внушенных воспоминаний или выдумываний со стороны пациента, на что мы ссылались ранее, событие-мишень должно быть таким, которое хорошо запомнилось, и его следует обсудить до начала использования этой техники.

Теперь вы можете представить, как вы смотрите фильм... фильм о чем-то из вашего прошлого... о чем мы говорили прежде, но вы хотите знать больше... узнать больше... исправить свое прошлое... узнать из него... Вы можете наблюдать за этой сценой... старой травматической сценой... сценой... чего-то, что вы помните, но хотите узнать об этом больше... Вы можете наблюдать ее от начала и до конца... и узнать из нее... узнать, как это на вас подействовало... узнать, какие решения вы приняли в результате... и узнать, как вы можете двигаться дальше... возможно, к любви и цельности... возможно к пониманию... и прощению ***[того, что уместно для пациента]...*** **больше узнать о**

себе... и о том, каким вы можете быть теперь, в настоящем... То, что действительно интересно в этом кино, — то, что вы можете вплыть прямо в картину... или шагнуть прямо в нее... Вы можете успокоить ребенка... вы можете подбодрить ребенка... вы можете общаться с ребенком на многих уровнях... вы можете прикоснуться к ребенку... или подержать его на руках... обнять ребенка... или просто любовно посмотреть на него... глазами мудрости и знания... и всепрощения... и защиты и заботы... и что бы вы ни захотели сказать или сделать, — целиком доступно для вас... но у вас есть чувство... ощущение, что вы знаете, что будет правильно сделать... и что следующее... самое лучшее, что нужно сделать...

Если ребенок принимал некоторые решения во время события... поговорите с ним о них... Вы более опытны, чем ребенок... у вас больше понимания... у вас больше сочувствия... у вас больше интуиции... Ребенок тоже мудр... и может понять... и все же ему нужно ваше воспитание и ваше руководство, ваш зрелый взгляд на будущее... Поговорите с ним ***[или с ней]...*** **пусть ребенок знает, что вы чувствуете... что вы думаете.**

Скоро вы будете готовы выйти из этой сцены... Однако держитесь за ребенка и почувствуйте, как он держится за вас... совершенно правильно... и так крепко... вы должны позаботиться об этом ребенке... он должен сообщать вам, как он себя чувствует... что он думает... Вы можете это сделать... возьмите немного времени, чтобы сделать это теперь... ***[разрешите 60 секунд].*** **Теперь вы можете выйти из сцены, взять с собой то, что вам хочется... Драма жизни будет по-прежнему обогащать вас для изучения... для наблюдения... удивления тому, как просто вы станете лучше... так многому еще надо научиться... так много времени... так много времени.**

Для пациента есть другой выбор - спроецировать в фильм терапевта, мудрое внутреннее Я, доброго или заботливого родителя, или человека, которым он или она станет после того, как последствия травмы будут решены *(новое вы).* Некоторые пациенты могут быть не способны утешить себя во время подобных упражнений. В этом случае предлагается прежде, чем будет осуществляться экспозиция, применить *технику регулирования аффекта.* Кроме того, сцены, затрагивающие внутреннего ребенка следует использовать с осторожностью или избегать вовсе при терапии пациентов с сильной диссоциацией, у которых может существовать тенденция овеществлять такие мыслеобразы.

Пример

Следующий пример иллюстрирует, как можно использовать возрастную регрессию, техники изменения воспоминаний и образ поддерживающего родителя, чтобы бороться с флэшбэками, которые запускаются комбинацией ситуативных сигналов. Пациентка, Мэри, сообщила, что ее сексуальные отношения с мужем прерывались в ряде случаев, когда она ощущала появление непрошенного, вызывающего тревогу образа своего дедушки. После того, как ситуация была тщательно проверена, выяснилось, что обычно это случалось по ночам после того, как супружеская пара посещала своего друга, курившего сигары. Запах сигар напоминал пациентке о дедушке, который приставал к ней с сексуальными намерениями; в то время пациентке было восемь лет. При этом дедушка всегда курил сигару, когда приходил и приставал к ней. Навязчивые мысленные образы появлялись у пациентки только тогда, когда присутствовали оба набора сигналов: сексуальные отношения с мужем и запах сигар.

Когда всплывающие из памяти кадры прерывали ее сексуальные отношения с мужем, Мэри пробовала сосредоточиться на других мыслях и игнорировать образ своего дедушки, как правило со слабым результатом. В результате терапевтического внушения она смогла достичь некоторого облегчения во время подобных эпизодов, открывая глаза и отмечая различия между мужем и дедушкой, а также домом, в котором она выросла, и ее теперешним домом. Мэри также просила мужа понять, что ей пришлось испытать в то время, и в подобной ситуации остановиться и напомнить ей о том, где она и кто он. Эти меры помогли, но не были достаточны, чтобы навсегда рассеять ее тревогу, поэтому, чтобы облегчить ее страдание, была использована другая техника. Во время самогипноза пациентку попросили мысленно создать реальный образ ее дедушки по отцу. Поскольку она отказалась это сделать, ее попросили наблюдать за собой на мысленном видеоэкране, где она как восьмилетний ребенок, маленький и беззащитный, находилась в успокаивающем присутствии своей матери. К этому она отнеслась хорошо, и ее попросили наблюдать за своей матерью, которая почему-то знает о том, что случилось, сможет противодействовать ее дедушке, заставить его прекратить приставать к ней, заверить ее, что все закончилось и она будет невредима, и недвусмысленно сказать, что у деда больше нет власти, чтобы

как-то навредить ей. Эти образы помогли Мэри расслабиться. Тогда ее попросили «выключить видеоэкран», представить образ своего дедушки и потом уменьшить его по размеру и по яркости. Она смогла сильно модифицировать образ деда, в конечном счете уменьшив его до точки, где он стал неразличимым. Процедура была повторена на следующей сессии, и когда пациентка пробовала представить себе своего деда, ее индекс-СЕД был всего лишь на уровне 2. Наконец, ее попросили создать этот образ, когда в следующий раз у них будут сексуальные отношения с мужем, «включать и выключать» образ деда, если она вообще будет в состоянии его вызвать. Во время следующей сессии пациентка рассказала о том, что пыталась представить себе образ дедушки, но не смогла этого сделать. Она смогла различить только слабый образ, «в котором он выглядел старым, высохшим и безвредным», — и это не помешало им с мужем получить удовольствие. В течение следующего года, как сообщила Мэри, у нее больше не было возвращения образов из прошлого. Более того, она не испытала никаких неблагоприятных последствий и после того, как посетила своего друга, курившего сигары.

В этом случае стоит упомянуть, что если бы у Мэри не было поддерживающих отношений с матерью, а терапевт продолжал бы свою работу без знания детско-материнских отношений, — терапевтическая сессия могла бы закончится неудачно. Например, Мэри могла быть повторно травмирована, если ее мать оказалась бы черствой или плохо обращалась с ней или оскорбляла ее в детстве. Ясно, что чувствительность к семейной динамике и знание о чувствах пациента к значимым в его жизни людям являются обязательными при использовании возрастной регрессии, наблюдения на видеоэкране или осуществлении экспозиционных процедур.

Гипноз — многообещающая, хотя далеко не окончательно подтвержденная техника для облегчения посттравматических симптомов. Срочно необходимо больше исследований относительно гипноза, гипнотической внушаемости и ПТСР. В качестве конструктивной отправной точки нужно провести исследования для сравнения экспозиционной терапии с гипнозом и без гипноза, также как исследования относительно случаев ПТСР, при котором флэшбэки и диссоциативные симптомы особенно видны, против случаев, где такая симптоматология менее заметна (Lynn, Kirsch, Barabasz, Cardena, & Patterson, 2000).

11

СНИЖЕНИЕ БОЛИ, ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И СТОМАТОЛОГИЯ *

На основании исследования, проведенного Институтом медицины (2004), был сделан существенный вывод: «Образование любого врача не было бы полным без понимания того влияния, которое оказывают поведенческие и социальные факторы на здоровье человека и на возникновение заболеваний, без знания путей, которыми эти факторы можно изменить, и без правильного понимания того, как события личной жизни влияют на отношения между врачом и пациентом» (р. 60). Гипноз — это инструмент, который является значительным средством для изменения поведения и переживаний, связанных с болью, для лечения или управления множеством заболеваний (Chaves, 1993,1997b; DuBreuil и Spanos, 1993; Pinnell и Covino, 2000). Эта глава начинается с обсуждения того, как выбрать пациентов для гипнотической терапии боли и как подготовить их к проведению гипноза. Поскольку существуют различия в способах гипнотического управления хронической и острой болью, примеры наведения и внушения приводятся для каждого способа отдельно. Приводятся также дополнительные внушения, которые можно использовать при терапии боли. Гипноз можно применять и в других терапевтических целях. Например, было показано, что гипноз полезен при подготовке и терапии хирургических пациентов, а также в терапии послеоперационной тошноты, синдрома раздраженного кишечника, в лечении астмы и бородавок, — все эти темы

Эта глава была написана в соавторстве с ***Даниэль Г. Коуби.***

обсуждаются в этой главе. И наконец, мы рассмотрим использование гипноза в стоматологии.

Самый большой потенциал гипноза для привнесения социальной пользы, возможно, принадлежит его способности коренным образом уменьшать, а в некоторых случаях устранять и хроническую, и острую боль (Lynn, Kirsch, Barabasz, Cardena, & Patterson, 2000). Рассказы о чудесном на вид облегчении боли при физической ране, истощении и болезни с древности и до настоящего времени связывали с гипнозом и с именами таких светил, как Месмер и де Пюисегюр (Gauld, 1996). Как отмечалось в главе 1, заявления XIX века о безболезненности хирургии с месмерическими процедурами были непомерно преувеличены, внушительного снижения боли можно достигнуть и при отсутствии гипноза, а связанное с гипнозом ослабление болевых ощущений не является продуктом уникального или особого состояния сознания. Однако постоянный поток сообщений о случаях и периодических наблюдениях подтвердил многие из ранних оптимистических оценок гипноза в области медицины. Начиная с 1980-х годов, хорошо выверенные исследования дали эмпирическую оценку роли гипноза в терапии различных заболеваний и приступили к обеспечению убедительных доказательств эффективности вмешательств, основанных на гипнозе (Lynn et al., 2000; Pinnell & Covino, 2000).

Гипноз успешно применялся для устранения множества физиологических расстройств — от гипертонии до бородавок и астмы (см. Pinnell & Covino, 2000). Однако сложная природа боли возможно лучше всего подходит для психологического управления. Действительно, мета-анализ контролируемых испытаний гипнотического обезболивания показывает, что гипноз может оказать существенную помощь 75% людей (Montgomery, DuHamel, & Redd, 2000). Наибольший эффект наблюдается среди пациентов, которые являются высокогипнабельными, но эффект также относительно высок и для умеренно гипнабельных людей; всесторонний обзор литературы по клиническим испытаниям показывает, что гипноз эффективен и при терапии хронической, и при терапии острой боли (Patterson & Jensen, 2003). Гипнотическое внушение, как было обнаружено, снижало острую боль, связанную со схватками во время родов (Harmon, Hynan, & Tyre, 1990), с ожогами (Patterson, Everett, Burns, & Marvin, 1992; Patterson, Questad, &

DeLateur, 1989; Wakeman & Kaplan, 1978; Wright & Drummond, 2000) и с различными хирургическими и радиологическими процедурами (Faymonville et al, 1997; Kuttner, 1988; Lang, Joyce, Spiegel, Hamilton, & Lee, 1996; Liossi & Hatira, 1999; Syrjala, Cummings, & Donaldson, 1992; Wakeman & Kaplan, 1978; Weinstein & Au, 1991), как в области медицины, так и в области стоматологии (см. Pinnell & Covino, 2000). Среди состояний с хронической болью, которые поддаются гипнотическому воздействию, оказались рак (D. Spiegel & Bloom, 1983), фибромиалгия (Haanen et al., 1991) и головная боль (Anderson, Basker, & Dalton, 1975; Andreychuk & Skriver, 1975; H. Friedman & Taub, 1984; Schlutter, Golden, & Blume, 1980; Zitman, Van Dyck, Spinhoven, & Linssen, 1992).

Боль — субъективное переживание, и самоотчеты о переживаниях подчиняются множеству предубеждений. По этой причине особенно впечатляет то, что снижение боли с помощью гипноза было верифицировано в обеих системах измерений — и в поведенческой, и в физиологической. В дополнение к ослаблению боли, беременные женщины, проходившие гипнотическое обучение, сообщали, что у них были более легкие и естественные роды, а младенцы рождались с более высоким показателем по шкале Апгар (Harmon et al., 1990) Пациенты, которым давались внушения на уменьшение боли, как оказалось, меньше пользовались болеутоляющими лекарствами (Faymonville et al., 1997; Haanen etal., 1991; Harmon et al., 1990; Syrjala et al., 1992; Wakeman & Kaplan, 1978; Weinstein & Au, 1991; Wright & Drummond, 2000). Кроме того, самоотчеты пациентов об успешности гипнотического обезболивания сопровождаются соответствующими изменениями в их мозге (Hofbauer, Rainville, Duncan, & Bushnell, 2001; Rainville, Duncan, Price, Carrier, & Bushnell, 1997). Признание национальными институтами здоровья и исследовательскими группами роли гипноза в управлении болью (Anonymous, 1996) согласуется с наблюдением Монтгомери и других (2000) о том, что гипнотическое снижение боли теперь следует расценивать как хорошо известное, эмпирически доказанное лечение.

В дополнение к основному биологическому элементу, переживание боли включает субъективные и когнитивные компоненты, которые поддаются гипнотическому изменению. Переживание боли имеет сенсорный и эмоциональный компоненты. Сенсорный

компонент относится к интенсивности болевого переживания. Аффективный компонент касается неприятности боли, то есть уровня субъективного страдания человека, которым можно мысленно управлять и который может существенно меняться на протяжении времени. Терпимость каждого человека к боли различна и может меняться в зависимости от его эмоционального состояния. То, что может быть чрезвычайно мучительным для одного пациента, другим может даже не восприниматься как болезненное, а объективная оценка того, насколько это должно быть больно, для терапии имеет гораздо меньшее значение, чем субъективное восприятие того, насколько это действительно больно. Исследования по сканированию мозга показывают, что гипнотические внушения могут затрагивать оба компонента, в зависимости от определенной формулировки внушений (Hofbauer et al., 2001; Rainville et al., 1997).

Одна из переменных, воздействующая на боль — это ожидание ее возникновения. В результате при терапии боли возникает значительный плацебо-эффект. По сравнению с контрольной группой без терапии, люди, которым делали плацебо-обезболивание, сообщали о меньшей боли, выдерживали более интенсивный уровень возбуждения и имели более высокий порог чувствительности, прежде чем замечали болезнененность стимула (например, Baker & Kirsch, 1993; Camatte, Gerolami, & Sarles, 1969; Gelfand, Ullman, & Krasner, 1963; Liberman, 1964). О применении плацебо можно думать как о косвенном внушении для улучшения здоровья. Пациентов убеждают, что они могут проглотить активное вещество, которое, как утверждают, улучшит состояние, от которого они страдают. Эта практика, однако, вводит в заблуждение, и как мы заметили в главе 3, использование обмана является барьером для клинического применения эффекта плацебо. Гипноз может предоставить средства преодоления этого барьера. Гипнотическое внушение может повлечь за собой больше, чем только эффект плацебо, но эффект плацебо — конечно же один из его компонентов (Baker & Kirsch, 1993; McGlashan, Evans, & Orne, 1969). Важность эффекта плацебо также иллюстрируется значимыми корреляциями между гипнотическим обезболиванием и изменениями в ожиданиях боли (например, Milling, Kirsch, Allen, & Reutenauer, 2005; Milling, Kirsch, Meunier, & Levine, 2002). По

крайней мере, гипнотическое внушение можно использовать в качестве альтернативы (не обманывающей пациента) этому косвенному внушению.

Чейвес и Браун (1987) были среди первых, кто заявил, что дезадаптивное мышление — центральный механизм в управлении болью. Снижение катастрофизации мышления может быть фактором, который является общим и для гипнотического, и для плацебо-способа ослабления боли. Катастрофизация — один из самых устойчивых и надежных психологических «предсказателей» боли и регулирования болезненных хронических состояний (Geisser, Roth, Bachman, & Eckert, 1996; Keefe et al., 1999; Turk& Rudy, 1992). Отношение между катастрофизацией и болью демонстрировалось в перспективных исследованиях, где было показано, что катастрофизация объясняет связанные с болью последствия лучше, чем варианты медицинского статуса (Keefe, Brown, Wallston, & Caldwell, 1989; Martin, Bradley, Alexander, & Alarcon, 1996; Sullivan & Neish, 1998), так же как она объясняет уровень страха боли, степень тревожного состояния и его особенности (Stroud, Thorn, Jensen, & Boothby, 2000). Кроме того, связь между болью и катастрофизацией частично устанавливается за счет реакции ожидания (M. J. Sullivan, Rodgers, & Kirsch, 2001). Чейвес (Chaves, 1997b) заявил, что гипнотические процедуры по снижению боли, вероятно, будут самыми эффективными для пациентов с катастрофическим мышлением, потому что гипноз снабжает их своего рода когнитивным протезом, то есть стратегией для того, чтобы «участвовать в эффективном купировании боли, используя мысли и образы, совместимые с терапевтической целью» (р. 16). Наблюдение Чейвеса подчеркивает важность оценивания тенденции пациента к катастрофизации и создания внушений, которые ее минимизируют.

Другой аспект когнитивного компонента боли, который важно оценить, — смысл боли, то есть ее значение для пациента. Например, в случае так или иначе здорового ребенка со спортивной травмой, боль может означать, что он должен просидеть дома оставшуюся часть сезона или по крайней мере до тех пор, пока не произойдет достаточного заживления. В этом случае отношение ребенка может быть весьма полезным для гипнотерапии, он может быть сильно мотивирован, чтобы уменьшить боль и принимать участие

в терапевтических занятиях и других формах лечения. Напротив, взрослый с хронической болью может чувствовать себя совершенно иначе при попытке гипнотического вмешательства. Хроническая и изнуряющая боль часто означает, что люди не могут делать многое из того, от чего они когда-то получали удовольствие, что они не способны выполнять ту работу, которую хотят, и что изо дня в день их ощущение от жизни чрезвычайно ограничено. Хотя такой пациент тоже может быть сильно мотивирован на то, чтобы уменьшить свою боль, но чувства безнадежности, депрессии, небезопасности и низкая самооценка могут помешать эффективности вмешательства.

Гипноз — идеальный инструмент в терапии боли, потому что через создание образов пациенты, в сущности, учатся выстраивать свой собственный план лечения в ответ на их нынешний уровень боли. Таким образом, гипноз для управления болью предлагает и гибкость, и возможность точно настроенных регулировок, чего мануальные или фармакологические формы терапии дать не могут. С другой стороны, гипноз может содержать в себе очень эмоциональный, терапевтический компонент, позволяя пациентам испытать моменты мирного отдыха и расслабления, которых они не испытывали в течение какого-то времени. В случае пациентов с хронической болью снижение боли через гипноз может передать им умение справляться с болью и управлять переживаниями, и тем самым возродить надежду на излечение и восстановление собственной эффективности.

Как отмечено в предыдущих главах, гипноз обычно считают дополнением к лечению, а не лечением самим по себе. По этой причине простое высказывание, что с кем-то проводили гипнотерапию, не очень информативно. Ведь терапевт мог использовать когнитивно-поведенческую гипнотерапию, психодинамическую гипнотерапию или клиент-центрированную гипнотерапию. В каждом случае гипноз используется как катализатор, чтобы увеличить эффективность лечения, которое эффективно само по себе даже без гипноза. Гипнотическое управление болью может быть исключением из этого правила. Простыми гипнотическими внушениями можно уменьшить боль в такой же степени, как и более сложными психологическими процедурами (например, с помощью «прививки от стресса»; Milling et al., 2002).

ОТБОР ПАЦИЕНТОВ И ПОДГОТОВКА

Почти любой пациент может получить пользу от использования внушений для ослабления боли. Даже умеренно гипнабельные люди показывают значительное снижение боли в ответ на гипнотическое внушение, хотя в особенно сложных случаях — таких, как использование гипноза в качестве единственного анестезирующего средства или для того, чтобы повлиять на ограничение кровотока во время хирургических процедур, — может потребоваться высокий уровень гипнотической внушаемости (Montgomery et al., 2000). Гипнотическое управление болью можно рассматривать как навык, которому можно научиться и который можно совершенствовать по мере практики. Поскольку гипнотическое управление болью включает компонент плацебо, даже низкогипнабельные пациенты могут ощущать снижение боли через техники внушения. Действительно, гипнотическое обезболивание, вероятно, более надежно коррелирует с ожиданием, чем с гипнотической внушаемостью (Milling et al., 2005). Однако для слабо внушаемых пациентов может потребоваться замена гипноза в протоколе лечения. У таких пациентов часто существуют негативные установки и ожидания относительно гипноза, которые могут существенно повлиять на результат терапии. Один из способов обойти проблему — использовать для таких пациентов негипнотическое внушение. Клинические и экспериментальные исследования показали, что внушения для снижения боли могут быть эффективными без упоминания о гипнозе (Langet al., 2000; Langet al., 1996; Spanos, 1986).

Подготовительная фаза и особые импликации (подтексты) для управления болью детализированы ниже и сопровождаются особыми терапевтическими внушениями для облегчения хронической в противовес острой боли. Можно использовать процедуры углубления гипнотического состояния, чтобы продолжить снижение боли и далее, хотя для высокогипнабельных пациентов никакой потребности использовать методы углубления может и не возникнуть, поскольку такие пациенты могут реагировать на гипноз с относительной легкостью.

Пациенты, испытывающие чрезмерную боль, например в результате обширного ожогового повреждения, могут оказаться не в состоянии сконцентрироваться в той степени, что служит основани-

ем для применения методов углубления гипноза, вот почему внушения для облегчения боли можно давать немедленно вслед за наведением. В отличие от этого, некоторые пациенты могут быть не в состоянии почувствовать облегчение без использования углубляющих внушений, вот почему эта проблему следует обсудить с пациентом и до и после первых нескольких наведений, чтобы определить, какой подход вызовет наибольшее облегчение. Примеры техники углубления гипноза приведены в главе 4, среди них — воображение пациентом самого себя спускающимся с лестницы, воображение наличия света в комнате — от чрезвычайно яркого до чрезвычайно тусклого или воображение самого себя в хорошо знакомом и расслабляющем месте. Можно способствовать техникам углубления, подстроив воображаемую сцену к индивидуальным особенностям пациента; таким образом, идеальным будет создание настолько особых внушений, насколько это возможно. В случае с лестницей, например, лучше всего, если пациент особо идентифицирует одну из ступеней; в случае любимого места сделайте так, чтобы пациент опознавал знакомый вид, звуки и запахи, связанные с этим местом.

Как и во всех случаях использования гипноза, до начала терапии следует обратиться к прежним опытам гипноза каждого пациента, его представлениям и ожиданиям, касающимся гипноза, и исправить любые неправильные суждения. Позитивные ожидания относительно использования гипноза следует поддерживать и включать в терапию при любой возможности, предусмотрев, чтобы они не были слишком нереальны, в противном случае они могут вызвать досаду и разочарование. Пациенты должны одновременно и вкладываться в терапию и иметь реальные ожидания относительно того, в какой мере они смогут повлиять на позитивные изменения. Клиницисты и пациенты должны обсудить до начала терапии образы, которым отдается предпочтение, и по возможности использовать только те, которые являются характерными для переживаний пациента. Выбор образов — другой аспект терапии, в котором нужно рассмотреть каждый индивидуальный компонент боли, как обсуждалось ранее.

Несмотря на то, что в следующем разделе, посвященном терапии острой боли в сравнении с хронической, приведены некоторые конкретные образы, при выборе плана мыслеобразов важно учитывать эмоциональное и когнитивное состояние пациента. Пациенты

с острой, локализованной и краткосрочной болью могут получить больше всего пользы от более энергичной или активной последовательности мыслеобразов, в которой они визуализируют, как совершают конкретное действие, чтобы уменьшить свою боль. Пациенты с хронической болью или с обширной, распространяющейся болью, напротив, могут получить больше пользы от образов, предполагающих расслабление, и внушений неуловимых, успокаивающих сенсорных ощущений. Независимо от того, какие мыслеобразы были выбраны, следует поощрять пациентов на обратную связь после каждой сессии, после чего следует отрегулировать мыслеобразный ряд согласно рекомендациям пациента.

И наконец, аудиозаписи играют важную роль при гипнотерапии боли. Они облегчают использование самогипноза, так чтобы можно было управлять болью за рамками гипнотической сессии. Вот почему гипнотическое управление болью лучше всего считать самоуправлением, при котором пациентов обучают ослаблению и более эффективному купированию боли.

ВНУШЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ, РАСПРОСТРАНЯЮЩЕЙСЯ И ЧРЕЗМЕРНОЙ БОЛИ

Гипнотическое наведение и внушения, следующие далее, особо направлены на уменьшение интенсивной и распространяющейся боли, например, боли, которую испытывают пациенты с ревматическим артритом, фибромиалгией или с родственными болевыми расстройствами. Неспецифический характер мыслеобразов, также как относительно неподробные образы, которые пациентов просят создать, делают этот и подобные сценарии идеальными для сильно страдающих пациентов и для тех, у кого возможно не хватает диапазона внимания, терпения или присутствия духа, чтобы создать сложный визуальный образ. Цель наведения состоит в том, чтобы уменьшить в максимально возможной степени общий уровень страдания, поощряя полное расслабление и глубокое дыхание.

Пациенты, испытывающие сильную физическую боль, могут упорно сохранять свое положение, стараясь избежать любого ненужного движения или воздействия, и это постоянное мышечное напряжение может усиливать их страдание, так же как и препят-

ствовать попыткам управлять болью. Вот почему первая цель гипнотической сессии состоит в том, чтобы поощрять расслабление, насколько оно возможно, и «отвести» пациентов в безопасное место, где они ослабят свою бдительность и дадут своим мышцам возможность расслабиться. Поощрение пациентов сделать этот начальный шаг дает им небольшое смягчение боли в дополнение к некоторому психическому или эмоциональному освобождению и может усилить их активное участие в гипнозе.

Хронической боли зачастую сопутствует депрессия. Вот почему методы, используемые при терапии депрессии (см. главу 8), полезны и при управлении хронической болью. В частности, можно идентифицировать автоматические мысли и самовнушения, вызывающие ощущение безнадежности, оспорить их и заменить более адаптивными самоутверждениями.

Следующий сценарий включает наведение и внушение снижающих боль мыслеобразов, подсказок, как изменить образы для конкретных групп пациентов, и дополнительные образы, которые обсуждаются в конце этого раздела. Пациент должен быть расслаблен — по-возможности лежать — и находиться в самом удобном из возможных положений.

Расслабление

Если вам будет удобно это сделать, мне бы хотелось, чтобы вы закрыли глаза и начали слушать звук моего голоса... Я понимаю, что вы сильно страдаете прямо сейчас и что у вас много боли... Вы и я собираемся действовать вместе, чтобы отпустить немного боли, чтобы вы могли почувствовать себя немного лучше.

Если вам будет удобно, мне бы хотелось, чтобы вы сделали несколько медленных, расслабленных дыханий — вдохов и выдохов — и сосредоточились на своем дыхании, в то время как вы начинаете отпускать все происходящее вокруг вас... Иногда легче отпустить все другое, если вы сфокусируетесь на своем дыхании... Некоторым людям при вхождении в гипноз полезно дышать особым образом, в особом ритме, — интересно, поможет ли это вам... почувствовать себя немного более расслабленными? Если понравится, может вам будет полезно вдохнуть на четыре счета и задержать дыхание на четыре счета, и выдохнуть на счет шесть... Вы можете сделать вдох (два, три, четыре), за-

держать его (два, три, четыре) и отпустить дыхание (два, три, четыре, пять, шесть)...

Повторите дважды и понаблюдайте, пытается ли пациент следовать этому дыхательному паттерну. Если так, повторите еще несколько раз, прилаживая вашу скорость к наблюдаемому уровню комфорта или страдания пациента, повторяйте до тех пор, пока не окажется, что пациент справляется с дыханием, или будет казаться, что ему становится неинтересно (например, начинает дышать с совершенно другой скоростью, волнуется, вздыхает).

По мере того как вы продолжаете дышать и расслабляться, почувствуйте, как вы отпускаете часть напряжения из своих мышц... С каждым дыханием вы можете ощущать, как выдыхаете немного этого напряжения, как оно покидает ваше тело, почувствуйте, как ваши мышцы начинают менять и находить такое положение, которое для них самое удобное... прямо сейчас... С каждым дыханием вы можете ощущать, как выдыхаете немного напряжения, оно вытекает из кончиков пальцев рук, покидая ваше тело... с каждым дыханием вытекает из кончиков пальцев ног... С каждым вдохом вы заменяете это напряжение чувством расслабления и спокойно отдаетесь ему, позволяя себе быть спокойным и в безопасности, отпустить напряжение, которое вы носили... Позвольте своим мышцам менять и находить самое удобное для них положение — хорошо, если им захочется немного подвигаться во время гипноза; сейчас время, чтобы позволить вашему телу и вниманию расслабиться так, как им того захочется...

В то время как вы фокусируетесь на своих мышцах, на своем дыхании и на своем сознании, вы начинаете отпускать все, что происходит вокруг вас... Вы можете слышать звуки и знать, что нечто продолжает происходить вокруг, но по мере того, как вы фокусируете свой взгляд внутри себя, вас все меньше и меньше интересует внешнее... Продолжайте дышать и расслабляться, расслабляясь все больше с каждым дыханием, позволяя себе погрузиться в глубокое и мирное состояние гипноза, расслабления... по мере того как вы продолжаете фокусировать свое внимание внутри, слышать свое дыхание и звук моего голоса, вы можете чувствовать, что внешний мир начинает ускользать, совсем понемногу, разрешая вам стать более расслабленным и более умиротворенным... По мере того как вы расслабляетесь, вы

можете чувствовать, как ваше тело становится более мягким, более текучим, более гибким и более полно расслабленным на кушетке ***[или кровати, столе, и т.д.],*** **где вы отдыхаете. С каждым дыханием вы выдыхаете, вы можете чувствовать, как вы отпускаете себя из своего тела, из тех мест, где ваше тело касается кушетки... Вы можете чувствовать, как вы погружаетесь в кушетку чуть больше с каждым дыханием, вы выдыхаете... Возможно вы будете не в состоянии почувствовать каждую точку, на которую сейчас опирается ваше тело — линия между тем, где кончается ваше тело и начинается кушетка, становится расплывчатой, по мере того как вы расслабляетесь больше и больше и погружаетесь глубже и глубже в гипноз...** ***[Продолжайте, пока пациент не станет явно более расслабленным, не начнет дышать более глубоко и регулярно или по крайней мере не будет в некоторой степени поглощен опытом расслабления.]***

Снижение боли

По мере того как вы продолжаете дышать и расслабляться, вы можете начать ощущать себя по-другому, и, полностью расслабляясь, вы чувствуете, как совершенно замечательное ощущение охватывает ваше тело... Вы можете ощутить, как оно начинается в пальцах ног; вы можете ощутить, как кончики пальцев рук начинают покалывать, или начинает покалывать верхушка головы, и можете ощутить легкое онемение... По мере того, как вы расслабляетесь и дышите, и отпускаете все напряжение в теле, возможно вы начинаете очень неясно себя ощущать, очень медленное онемение охватывает кончики пальцев ваших ног... омывая кончики пальцев, как будто вы стоите на берегу и позволяете волнам набегать на них... Онемение может приливать... и заливать самые кончики ваших пальцев, набегая и убегая, возможно покалывая, возможно щекоча их совсем чуть-чуть.......По мере того как вы вдыхаете и расслабляетесь и отпускаете все, что продолжается вокруг вас, вы почувствуете, как это онемение приходит и остается на кончиках пальцев ваших ног, и начинает медленно продвигаться, очень медленно, по верхней части стоп, и вдоль по подошвам стоп... И по мере того как это онемение нарастает, медленно, медленно поначалу, это не похоже ни на что, что вы когда-либо прежде ощущали, и это настолько удивительно, настолько спокойно, настолько замечательно, что это захватывает все ваше внимание, и остальная часть вашего тела начинает ускользать от вашего сознания... Вы

сосредоточены на кончиках ваших ног, по мере того как мягкое онемение начинает ползти по ним вверх, оставляя за собой небытие, спокойное и совершенно расслабленное... Почувствуйте, как это онемение медленно продвигается по подошвам стоп и через верхнюю часть стоп к лодыжкам... Почувствуйте, как оно поднимается у вас по пяткам, и окружает ваши лодыжки, и задержите это чувство на мгновение... исследуйте его... позвольте ему произойти...

По мере того как вы расслабляетесь и стараетесь ощутить свои стопы, вы чувствуете только небытие и полное расслабление — как если бы ваших стоп там больше не было — вы отпустили их и позволяете себе расслабляться без них... Вы могли бы мысленно нарисовать это онемение как пару носков, медленно натягивающихся на ваши стопы — невидимые носки — натянув их однажды, ваши стопы чувствуют себя совсем онемевшими и совершенно невидимыми... Или вы можете мысленно нарисовать все ваше тело, рисунок всего вашего тела — лежащего спокойно, в состоянии расслабления — и по мере того как вы рассматриваете свое тело, появляется ластик и начинает мягко стирать ваши стопы, так чтобы на рисунке у вас не было никаких стоп и никаких ощущений в стопах — только онемение — абсолютное и полное расслабление...

По мере того как вы принимаете и отдаетесь этому чувству расслабления, чувство становится сильнее и начинает медленно перемещаться от ваших лодыжек вверх по вашим ногам, оставляя за собой только онемение и небытие... Почувствуйте, как онемение медленно продвигается вверх по каждой ноге, почувствуйте, как ваши мышцы медленно стираются, ощущая невидимость, которая медленно поглощает ваши икры, по мере того как онемение перемещается к вашим коленям... Если вы мысленно исследуете свои стопы и нижнюю часть ваших ног теперь, то обнаружите, что не можете их двинуть, и что не можете описать их... Вы не можете сказать, где они находятся в пространстве, и возможно вы не чувствуете совсем ничего... И это чувство такое расслабляющее, такое тихое, такое спокойное... Возможно вы видите как ваше тело все больше и больше стирается ластиком, или возможно вы чувствуете, что все большая и большая часть вас становится невидимой, по мере того как онемение подползает и наползает на каждое ваше колено — почувствуйте мышцы вдоль задней поверхности ног, как они совершенно исчезают... почувствуйте, как любое напряжение совершенно ис-

чезает, потому что ваши мышцы стерты... и все же зная, что вам безопасно в вашем теле.

Почувствуйте, как онемение поднимается по вашим бедрам, по направлению к бокам, медленно поднимаясь вверх по поверхности ног и по направлению к позвоночнику... Пользуйтесь моментом и наслаждайтесь всей нижней половиной вашего тела, которая совершенно онемела — никакого напряжения, никаких чувств, никаких ощущений, совсем никаких... Ощутите, как онемение поднимается по вашим бокам, по животу и по ягодицам, медленно и полностью стирает каждое мышечное волокно, каждое место, где удерживалось напряжение... Ощутите, как онемение медленно поднимается по позвоночнику, по животу, по бокам — медленно поднимается вверх, оставляя только спокойное расслабление и небытие позади... Почувствуйте, как онемение перемещается по груди, через верхнюю часть спины и лопатки, через ключицы и наружу к вашим плечам. Ощутите, как онемение достигает плеч и через плечи опускается вниз по рукам, медленно продвигаясь мимо локтей, к запястьям и к тыльным сторонам кистей... Почувствуйте, как все оставшиеся ощущения и напряжение, выталкиваются из кончиков ваших пальцев, по мере того как онемение полностью поглощает ваши пальцы, не оставляя ничего... Позвольте онемению перемещаться вверх по вашей шее, ощущая, как оно массирует заднюю часть вашей шеи, будто крошечными, невидимыми пальчиками смывая все ощущения и напряжение... Ощутите, как передняя часть вашей шеи становится совершенно нечувствительной... возможно самая расслабляющая часть всего этого процесса — ощутить, как онемение перемещается медленно вдоль задней части вашей головы, поднимаясь вверх очень медленно, позволяя мышцам головы под волосами и мышцам лба расслабиться, полностью отдаваясь, чтобы стать невидимыми. Онемение медленно поднимается по шее вверх и по челюсти, расслабляя и стирая все мышцы у вас на лице, мышцы вокруг рта и вокруг глаз, и встречается с онемением, которое перемещается по вашему лбу... Ощутите, как онемение окружает оба ваших глаза и снимает любые напряжения и ощущения в мышцах вокруг ваших глаз, и просто отпустите.

Позвольте вашему сознанию парить над любыми темами, любыми образами, любыми идеями, как ему захочется... Ваше сознание совершенно свободно от вашего тела и от любых ограничений, и вы можете оставаться в таком состоянии так долго,

как захотите — не ощущая никакой боли, не ощущая никакого напряжения, чувствуя себя полностью расслабленным и невидимым, и умиротворенным. Позвольте себе отдохнуть, ощутить, как восстанавливаются ваши силы с помощью расслабления, которое вы сейчас чувствуете...

И знайте, что вы можете достичь состояния расслабления всякий раз, когда захотите... Вы можете достичь этого расслабления, просто закрывая свои глаза, делая несколько медленных, расслабленных вдохов и выдохов, фокусируясь на своем дыхании и отпуская все, что может продолжать происходить вокруг вас... И затем вы можете отпустить свое тело, понемногу за один раз... начиная со стоп, напоминая себе позволить им онеметь... и затем поднимая онемение вверх, пока ваше сознание полностью не освободится от вашего тела.

Некоторые пациенты могут предпочесть более короткое и менее детальное внушение для снятия боли — особенно, если они неспособны оставаться неподвижными в течение более 15 минут или около того. В таком случае бывает полезно внушать ощущения плавания, если у пациента были позитивные переживания от нахождения в океане или от лежания на воде. Плавание особенно может подойти пациентам, которые не способны оставаться неподвижными, поскольку во время плавания в воде небольшие движения происходят постоянно, то они не отвлекали бы и не обескураживали пациента. В дополнение, в случае с жертвами пожара внушение успокоительного алоэ на коже может быть также — или даже более — полезно, чем внушение онемения: поскольку алоэ охлаждает, это вызывает чувство обезболивания.

ЛОКАЛИЗОВАННАЯ ОСТРАЯ БОЛЬ

В случае хронической боли субъективное переживание раздражения может быть столь подавляющим, что дает пациенту ощущение, что у него (или у нее) болит все тело и что с этим ничего нельзя поделать, это невозможно побороть или хотя бы вызвать облегчение. Напротив, боль при повреждениях и незначительных ранах (например, послеоперационная боль) является временной и обычно поддается терапевтическому управлению, — это привносит важные терапевтические подтексты в каждую стадию гипнотического

опыта по снижению боли. В дополнение к физиологическим различиям между острой, локализованной и более диффузной, хронической болью, когнитивные и аффективные представления этих видов боли могут быть совершенно различными. Например, пациенты с хронической болью могут выказывать признаки депрессии и нервного истощения в результате непрекращающихся болевых ощущений, которым не видно конца. Напротив, при острой болидоминирующей эмоцией является тревога. Поэтому многие из методов, описанных в главе 9, можно с пользой применить к терапии пациентов с острой болью. В частности, важной частью терапии острой боли является идентификация катастрофических мыслей, которые вносят свой вклад в связанную с болью тревогу. Замена таких мыслей более адаптивными (со сведением альтернатив к минимуму) может уменьшить неприятные болевые ощущения.

Пациенты могут расценивать локализованную боль скорее как раздражающее, чем изнуряющее состояние, и могут ощущать раздражение и даже прямой гнев в ответ на свое страдание. В контексте гипнотического управления болью, гнев пациента и его решимость служат топливом для используемых мыслеобразов; чем больше удается когнитивно и аффективно изолировать болевое ощущение, тем большего облегчения можно ожидать от применения гипноза. Предполагается также, что общие уровни фокусировки, концентрации и воспринимаемой самоэффективности у пациентов с повреждениями будут выше, чем у пациентов со всепроникающей хронической болью, вот почему в этих случаях можно применять более специфические, активные и детализированные образы.

При опоре на субъективные переживания острой, локализованной боли наиболее эффективным способом управления ею может оказаться использование образов, нацеленных на пораженную область и изолирующих ее. Как в случае с проникающей и хронической болью, существенное мышечное напряжение может присутствовать по всему телу, особенно в больших группах мышц, окружающих пораженную область, поскольку они пытаются компенсировать и защитить травмированную ткань. Как следствие, большую часть начального наведения должны составлять внушения для полного физического расслабления, после которого можно использовать более конкретную методику для уменьшения боли в области мишени. По мере того как снимается основное мышечное напря-

жение, мышечная ригидность уменьшается, травмированная область изолируется и продолжает подвергаться влиянию гипнотических образов и внушений. Главные задачи в этот момент: (а) позволить пациенту полностью ощутить и пережить уровень своей боли, (Ь) чтобы вызвать ощущение победы над ее величиной и интенсивностью, и (с) действовать в направлении ослабления или полного устранения болевых ощущений.

Эти пункты развиваются и иллюстрируются в следующем сценарии, который следует осуществлять сразу же после наведения гипноза. Можно создать конкретные образы, соответствующие личным переживаниям и предпочтениям каждого пациента, но они всегда должны включать отчетливые и легко воспроизводимые элементы.

Теперь, когда вы чувствуете себя более расслабленно и спокойно с помощью гипноза, я хочу, чтобы вы мысленно нарисовали образ, которым мы будем пользоваться, чтобы уменьшить вашу боль. Вы готовы?

Я хотел бы, чтобы вы вообразили абсолютно круглый пузырь, размером, возможно, с вашу ладонь... любой пузырь, который вам понравится, любой образ, который вы, возможно, видели в действительности или по телевидению, или в кинофильме. Возможно, ваш пузырь похож на тот мыльный пузырь, с которым играют маленькие дети... возможно, он похож на один из тех стеклянных шаров, которыми украшают рождественскую елку... Возможно, он даже похож на хрустальный шар... Любой образ, что вы увидите, будет хорош — любой образ, который круглый, как сфера... прозрачный и бесцветный, чтобы вы могли смотреть через него и видеть все вокруг. Возможно, он плывет по воздуху прямо перед вами, или может быть вы держите его в своей руке и смотрите через него.

Мысленно нарисуйте эту сферу, нарисуйте ее форму и размер, и затем медленно, очень медленно, представьте себе, как ваш пузырь плывет по направлению к месту боли у вас на теле. Возможно, вы медленно перемещаете вашу сферу по направлению к больному месту, возможно, пузырь начинает плыть к этой боли сам по себе, но скоро он приплывет и остановится над тем местом, где вы чувствуете боль.

По мере того как вы продолжаете расслабляться и дышать, мысленно представьте, что пузырь находится прямо над тем

местом, где вы чувствуете боль... Представьте пузырь рядом с вашей кожей, как он полностью покрывает область там, где у вас болит... Представьте, как пузырь перемещается по больному месту и вокруг него, как если бы он мог опуститься даже ниже поверхности вашей кожи, сквозь ваше тело, в ваши мышцы, чтобы полностью окружить боль, которую вы чувствуете. Представьте себе, как пузырь полностью окружает и окутывает вашу боль, так, что боль полностью заключена внутри сферы, и вы можете удерживать ее на месте и смотреть на нее, исследовать ее, ощущать ее...

И пока вы смотрите на пузырь, возможно, его круглая, совершенная форма становится еще более прозрачной, и грани становятся немного более острыми, более четкими, более различимыми — почти как если бы у пузыря был черный контур. Возможно, теперь он даже немного похож на увеличительное стекло, которое полностью окружает и покрывает область вашей боли. Возможно, вы можете начать менять ощущение своей боли внутри сферы, возможно, вы можете сделать ее более острой или более тупой... возможно, вы можете сделать ее более горячей или более прохладной... Или возможно, как будто вы смотрите на нее в микроскоп и просто регулируете фокус, назад и вперед. Вы можете изменить изображение внутри сферы, даже если совсем чуть-чуть — и боль — все еще там, но вы меняете ее фактуру и качество — вы можете повлиять на то, как она ощущается, вы можете усилить боль или сделать менее интенсивной, просто меняя то, как она выглядит внутри сферы.

И поскольку ваша боль полностью удерживается в пределах сферы, вы можете ничего не делать и смотреть на сферу, перекрывающую ту часть вашего тела, где существует боль. Боль полностью сохраняется внутри сферы — поймана в ловушку, накрепко заперта — так что вы можете ничего не делать и расслабляться, и совсем не беспокоиться о ее перемещении. Мысленно нарисуйте все свое тело, как вы лежите на спине, расслабленно, глубоко дыша, в удобном состоянии глубокого гипноза и расслабления... И в то время как вы продолжаете расслабляться, вы можете увидеть, как сфера перемещается совсем немного... Сначала совсем чуть-чуть, самую малость... Возможно, она движется вверх от вашего тела, возможно она отодвигается в сторону от ваших мышц — но самое удивительное — что ваша боль все еще твердо заключена внутри сферы... Вы можете видеть вашу боль, кружащую в сфере, словно жидкие чернила растекаются в пузы-

ре, в то время как она начинает отодвигаться от вас... Пузырь перемещается так медленно, как вам бы хотелось, чтобы он перемещался. Возможно, он перемещается даже очень медленно, как будто встроен глубоко внутри ваших мышц или определенной части тела, но он начинает перемещаться, с вашей болью, далеко от этой области вашего тела и в воздух вокруг вас.

Возможно, вы представляете себе пузырь, уносимый ветром — вы можете ощутить легкие движения воздуха, проходящие по поверхности вашего тела, поднимая пузырь и сдувая его, унося его прочь. Возможно, вы можете увидеть, как сфера плывет перед вами; возможно, вы в состоянии подержать ее в своей руке... И в то время как вы делаете это, заметьте, что ощущает ваше тело в том месте, где была ваша боль... Обратите внимание на чувство спокойствия и расслабления в той области, где было так много боли, заметьте, что в этой области чувствуется покой и расслабленность, в то время как ваша боль заперта внутри пузыря, перемещаясь и очень медленно уплывая. Вы можете почти дотянуться и коснуться этого пузыря, в то время как он уносит вашу боль и оставляет вас чувствовать себя спокойным и расслабленным.

По мере того как вы продолжаете расслабляться и сканировать свое тело, возможно, вы чувствуете, как устали ваши мышцы и как вы устали думать, и если так, просто позвольте им расслабиться, в то время как вы получаете удовольствие от этого состояния гипноза... Продолжайте вдыхать и расслабляться, и знать, что можете стереть свою боль в любое время, когда захотите, представив себе пузырь, позволяя ему полностью окружить вашу боль и разрешая ему унести эту боль, оставив вас расслабленными и успокоенными и в тихом состоянии расслабления...

После этого пациент в любой момент может выйти из гипноза или может захотеть провести там дополнительное время, наслаждаясь и запоминая достигнутое ослабление болевого ощущения. По мере тренировки пациенты смогут с успехом вспомнить это состояние расслабления и облегчения, таким образом ускоряя наступление ослабления болевых ощущений в течение последующих сессий. Важный элемент этого сценария — возможность индивидуализации. Для достижения эффекта максимального облегчения болевых ощущений полезно разговаривать с пациентом до и после сес-

сии и получать обратную связь и идеи для составления мыслеобразов. Например, одна из пациенток, пользуясь мысленными образами, использовала свои воспоминания о фильме *Волшебник страны Оз,* чтобы вообразить особый вид пузырей. В фильме, прежде чем перед главной героиней появилась волшебница, сначала появился прозрачный, розовый пузырь, который постепенно увеличивался и увеличивался, пока в нем не появилась волшебница. Однако у каждого пациента может быть свой уникальный набор образов, которые приходят ему на ум, и некоторые из них весьма забавны. Этот пример иллюстрирует то, что лучшие мыслеобразы основаны на характерных воспоминаниях и переживаниях пациента.

С той же целью максимальной пользы чрезвычайно полезна обнадеживающая пациента креативность: клиницисты совместно с пациентами должны обсудить, какие мыслеобразы могли бы подействовать лучшим образом и какие образы приходят на ум во время сессий. И наконец — хотя в целях изучения и приобретения навыков самогипноза, возможно, самое полезное для пациента лежать с закрытыми глазами, но это совсем не обязательно — можно вызвать многие, если не все образы для уменьшения боли, в то время как пациент занимает вертикальное положение и полностью подвижен. По мере тренировки можно научиться ослаблять боль во время выполнения действий, которые обычно ее вызывают, а можно даже до того, как пациент включится в эти действия, в качестве профилактической меры.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВНУШЕНИЯ

• Два набора внушений, подробно описанных в предыдущем разделе, содержат множество опознаваемых компонентов, которые часто используются в гипнотическом управлении болью. Они включают диссоциацию (ощущение, что сознание стало отделенным от тела), онемение (отсутствие чувствительности), преобразование специфических качеств ощущения боли, расслабление, воображения тепла или холода и отвлечения (за счет того, что пациент фокусируется на дыхании или на особых мыслеобразах и позволяет своему сознанию парить над любой темой или образом по желанию). В этом разделе мы представляем некоторые дополнительные вну-

шения, которые можно использовать независимо или включать во внушения, уже представленные ранее.

Т рансформация

Интересно, можете ли вы позволить себе видеть свою боль? Представьте себе то, на что она похожа. Какую фигуру напоминает? У нее гладкие края или острые зубчатые? Насколько она большая? Какая у нее форма? Интересно, насколько ее форма может измениться? Может ли она медленно уменьшаться? Становиться меньше и меньше?.. Могут ли ее острые грани начать сглаживаться? Возможно, грани могут даже начать становиться нечеткими?

Какого цвета ваша боль? ***[Типично описывают горячие цвета — такие, как красный, желтый и оранжевый.]*** **Давайте посмотрим, может ли этот цвет измениться. Интересно, какой цвет вам бы понравился? Может вам хотелось, чтобы он был... мягким напудренным розовым... или возможно, пушистым детско-голубым? Возможно, цвет будет меняться сам по себе... На что цвет похож теперь?**

Реинтерпретация

Интересно, можете ли вы описать ощущение, которое вы чувствуете? Оно больше походит на интенсивное давление? Оно горячее или холодное? Оно покалывает или пульсирует? ***[Добейтесь ответа от пациента. Затем сосредоточьтесь на том, чтобы понять ощущение, как нечто иное, чем боль. В продолжении этого примера мы допускаем, что пациент описал боль как давление.]*** **Я хотел бы, чтобы вы сосредоточились на этом давлении. Это — ощущение, как и очень многие другие ощущения, которые вы испытали... и по мере того как вы начинаете больше знать о нем, как об ощущении, оно становится всё меньше и меньше как боль.**

Отвлечение

Чтобы испытывать что-нибудь сознательно, нужно проявить к этому внимание, у людей же существует ограниченный объем внимания. Поэтому отвлечение — один из самых мощных инструментов для снижения боли. Почти каждый человек испытал его на себе (например, люди не замечают головную или зубную боль, в то

время как их внимание поглощено интересным фильмом), что делает отвлечение полезным инструментом для гипнотического облегчения боли. Действительно, отвлечение и расслабление должны действовать независимо от уровня внушаемости человека. Далее мы приводим пример отвлечения, как его можно использовать с маленьким ребенком.

Терапевт: **Какое твое любимое телешоу?**

Пациент: ***Улица Сезам.***

Терапевт: **И кто твой любимый герой на *Улице Сезам* ?**

Пациент: **Оскар.**

Терапевт: **Ворчун?**

Пациент: **Угу!**

Терапевт: **А хотел бы ты прямо сейчас оказаться на *Улице Сезам*?**

Пациент: Да.

Терапевт: **Знаешь, ты можешь это сделать. Давай притворимся, что прямо сейчас мы находимся на *Улице Сезам.* Смотри! Вот всякий мусор, может прямо перед тобой, и кто-то там есть в этом мусоре, может... кто-то маленький и пушистый. Интересно, кто это.**

Пациент: **Оскар.**

Терапевт: **Правильно, это - Оскар! И посмотри, он машет тебе рукой, привет!..**

ПОСТГИПНОТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ

Заключительная фаза клинического гипноза для облегчения боли включает постгипнотические внушения и инструкции. Можно использовать техники типа якорения, чтобы напомнить пациенту о его опытах самогипноза между сессиями. Пациентам можно определенно сказать, что конкретные объекты или люди, с которыми они сталкиваются ежедневно, будут служить сигналами, напоминающими им об ощущении благополучия, которое они испытали во время гипноза. Внутренние сигналы (например, сосредоточение на конкретном слове) и физические жесты, как описано в главе 3, могут быть связаны с ослаблением боли и расслаблением. Кроме

того, пациентов можно обучить самогипнозу или дать каждому индивидуально для него подготовленную аудиозапись, которой можно пользоваться дома ежедневно. Особое внимание стоит уделить процессу управления болью и необходимости длительного терпения и практики для того, чтобы достичь облегчения.

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ГИПНОЗА В ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ И ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

Как мы отмечали ранее, гипноз имеет много применений в области поведенческой медицины и психологии здоровья, которые простираются далеко за терапию боли. В оставшейся части этой главы мы рассматриваем заболевания, расстройства и контексты лечения, в которых гипноз особенно перспективен для облегчения страдания и болезни.

Синдром раздраженного кишечника

Гипноз продемонстрировал свою эффективность при терапии синдрома раздраженного кишечника (СРК, или IBS), расстройства, с которым обычно сталкиваются в медицинской практике (Mitchell & Drossman, 1987). Важное исследование СРК (Whorwell, Prior, & Faragher, 1984) включало терапию тяжелого синдрома, который не поддавался на предшествующее лечение по крайней мере в течение года. Пациентам в случайном порядке назначался один из двух способов лечения: гипноз или плацебо-лечение плюс психотерапия. Гипноз уменьшал и жалобы на боль и на вздутие живота относительно психотерапии на 12 недель, что сохранялось при последующем наблюдении и полтора года спустя (Whorwell, Prior, & Colgan, 1987). Однако самым внушительным было перспективное исследование IBS, в котором двухсот четырех пациентов лечили с помощью гипнотерапии и наблюдали на протяжении целых шести лет, при этом почти три четверти (71%) пациентов сохранили свои первоначальные позитивные ответы на терапию. Из тех пациентов, которым стало лучше, с течением времени полностью вылечился 81%, а остальные сообщили только о небольшом ухудшении своего состояния. Показатели качества жизни и

депрессии также улучшились, а использование лекарств и медицинских консультаций в результате терапии сократилось (Gonsalkorale, Miller, Afzal, & Whorwell, 2003).

Астма

Исследования гипнотического лечения большого количества (N = 252) пациентов с астмой (Исследовательский комитет Британской противотуберкулезной ассоциации, 1968), пациентов с астмой легкой и средней степени тяжести (Ewer & Stewart, 1986) и астмой физического усилия (Ben-Zvi, Spohn, Young, & Kattan, 1982) предоставили толику доказательств в пользу эффективности гипнотических процедур. Впрочем, в одном из исследований (Ewer & Stewart, 1986) польза от гипноза (например, пульмонарная функция, использование бронхорасширителя) ограничивалась высокогипнабельными пациентами, а в другом исследовании (Ben-Zvi et al., 1982) женщины сообщали о большем ослаблении симптома, чем мужчины.

Бородавки

Тщательный обзор исследований (DuBreuil & Spanos, 1993) относительно лечения бородавок психологическими методами сделал заключение, что гипнотические внушения могут вызвать исчезновение бородавок, и это нельзя отнести ни к спонтанной ремиссии, ни к плацебо-эффекту. Исследователи (Spanos, Stenstrom, & Johnston, 1988) приводят следующие внушения, в качестве примера того, как можно избавиться от бородавок:

> **Заметьте, что кожа на бородавках и вокруг бородавок на вашей руке становится теплой и немного пощипывает. Кожа вокруг бородавок на вашей руке начинает пощипывать больше. Заметьте ощущения вокруг бородавок на вашей руке; вы можете чувствовать пощипывающие, покалывающие ощущения вокруг бородавок на руке, вы знаете, что эти ощущения заставят бородавки у вас на руке исчезнуть... По мере того, как вы чувствуете эти ощущения, вы можете видеть, как бородавки у вас на руке сморщиваются в размере и растворяются, сморщиваются и растворяются (Spanos et al., 1988, as quoted in DuBreuil & Spanos, 1993, p. 628).**

Интересно, что Дюбреильи Спанос (1993) утверждали, что прямое внушение для удаления бородавки, а не гипноз как таковой,

является ответственным за исчезновение бородавки (Spanos et al., 1988; Spanos, Williams, & Gwynn, 1990). Мыслеобразы также связаны с потерей бородавок — в одном из исследований (Spanos et al., 1988) оказалось, что больше всего бородавок исчезло у тех участников, которые отличались высокими ожиданиями успеха терапии и более живым представлением внушенных образов. Яркие, связанные с внушениями образы могут быть причиной исчезновения бородавок. Впрочем, другая причина, возможно, заключается в том, что масштабы воображения участников указывают на их мотивацию к лечению и на их убеждение, что они могут управлять своими физиологическими процессами. Во всяком случае, воображение и гипноз оказываются экономически эффективными методами сокращения числа бородавок или их устранения.

Подготовка и терапия хирургических пациентов

Множество методологически утонченных исследований изучало эффективность гипнотических внушений при подготовке и терапии хирургических пациентов (Lambert, 1996; Lang et al., 1996; Langet al., 2000). У Ланга и др. (1996) рандомизированное контролируемое терапевтическое исследование, например, использование краткого самогипноза и внушения расслабления во время происходящих радиологических процедур вызывало уменьшение количества прерываний процедуры, семикратное снижение использования препаратов, а также снижение случаев самостоятельного применения обезболивающих лекарств пациентом — по сравнению с контрольной процедурой без гипноза. Вмешательство включало внушения с глубоким дыханием, чувством распространяющегося расслабления и онемения, теплоты или прохлады перед началом болезненных процедур. Другие исследования более предварительного характера предполагают, что гипнотические внушения могут сыграть роль в сокращении потери крови и в улучшении послеоперационного восстановления (Blankfield, 1991; Enqvist, von Konow, & Bystedt, 1995). В мета-аналитическом анализе двадцати исследовательских отчетов о реакциях пациентов на ряд хирургических процедур исследователи (Montgomery, David, Winkel, Silverstein, and Bovbjerg, 2002) обнаружили, что 89% гипнотических пациентов чувствовали себя лучше, чем пациенты контрольных групп.

Послеоперационная тошнота и рвота

Гипноз и образные внушения использовались, чтобы управлять послеоперационной тошнотой и рвотой в рандомизированных контролируемых испытаниях на примере: (a) хирургических пациентов, получающих общую анестезию (Enqvist, Bjorklund, Engman, & Jakobsson, 1997) в рандомизированном контролируемом испытании; (Ь) детей, получающих лечение по поводу рака (Jacknow, Tschann, Link, & Boyce, 1994; Zeltzer, Dolgin, LeBaron, & LeBaron, 1991); и (с) пациентов с трансплантатами костного мозга, проходящих химиотерапию (Syrjala et al., 1992). Во всех этих исследованиях пациенты, получавшие внушения, испытывали меньше тошноты или боли, чем пациенты контрольных групп.

ГИПНОЗ В СТОМАТОЛОГИИ

Обзор (Clarke, 1996) стоматологических школ Северной Америки (Соединенные Штаты и Канада) показал, что 26% предлагали вниманию студентов по крайней мере один курс клинического гипноза и что почти треть школ (30%) предусматривала для студентов одно-двухчасовое введение в гипноз. Подобный уровень интереса отражает тот факт, что гипноз имеет широкий диапазон применения в стоматологии. Чейвес в своем всестороннем обзоре (1997b) спектра такого применения указывает, что, дополнительно к помощи пациентам в расслаблении перед стрессовыми зубоврачебными процедурами и в успокоении страха зубных инъекций, гипноз может играть важную роль в следующих областях стоматологической практики: (а) увеличение толерантности к ортодонтическим или протезным устройствам; (Ь) изменение неадекватных привычек в области рта; (с) снижение использования химической анестезии, анальгетиков и седативных средств; (d) дополнение или замена хирургического предлечения; (е) управление слюноотделением и кровотечением; (1) терапевтическое вмешательство при хронических лицевых болевых синдромах, по типу дисфункций височно-нижнечелюстного сустава; (g) дополнение к использованию закиси азота и (h) усиление согласия с рекомендациями личной гигиены полости рта.

В каждой из этих областей эпизодические и, в некоторых случаях, эмпирические исследования подтверждают необходимость использования гипноза в стоматологии, хотя гипноз нельзя считать заменой местной анестезии. Самую большую научно-исследовательскую поддержку получило использование гипноза в наведении расслабления, в терапии отдельных фобий и в облегчении хронических болевых синдромов. Сравнительно меньше эмпирического обоснования и внимания получило использование гипноза для усиления толерантности к ортодонтическим или протезным устройствам и в качестве дополнения или замены хирургического предлечения, хотя имеющиеся данные оправдывают проведение дополнительных исследований в этих областях.

К сожалению, проведенное исследование (см. Lynn, Neufeld, & Маге, 1993) дает незначительное основание для оптимизма относительно эффективности *быстрого наведения обезболивания* (БНО, или RIA), которое при его введении в практику 25 лет назад было провозглашено крупным гипнотическим достижением (J. Barber, 1977). Например, Джиллетт и Коу (Gillett & Сое, 1984) не смогли повторить ошеломляющего достижения Барбера, который успешно обезболил 99 из 100 случайно взятых стоматологических пациентов, хотя значительное количество пациентов в их исследовании вероятно действительно получили пользу от быстрого наведения обезболивания. Притязания на эффективность БНО были умерены массой постоянно накапливающихся данных, которые не в состоянии подтвердить первоначального впечатления, что обнаружена волшебная «пуля от боли».

Процедуры

Финкелыптейн (Finkelstein, 2003) предложил ряд кратких наведений, которые он считает полезными при лечении стоматологических пациентов и которые могут быть закончены за пять минут и даже меньше. Далее следует краткое изложение каждого из наведений, рекомендованных Финкелыптейном.

Расслабление

Пациентов просят вызвать расслабление в различных частях тела, включая ладони, руки, плечи, грудь, живот, бедра, верхнюю часть ног, колени, лодыжки и стопы, с инструкциями выдохнуть и «расслабиться очень глубоко». Затем пациентов просят вообразить,

что они находятся на пятом этаже красивого здания, где есть лифт с «интересным свойством» — он позволяет пациенту удваивать свое расслабление при спуске на каждый следующий этаж. Пациенту также дают на выбор техники расслабления «эскалатор с удобным стулом» и «широкая покрытая коврами лестница, спускающаяся вдоль стен с красивыми картинами и окнами, сквозь которые можно видеть чудесный день снаружи». Затем дается инструкция выйти из здания и отправиться в «абсолютно замечательное» место — убежище, где «ничто не сможет побеспокоить вас или помешать вам». Даются постгипнотические внушения: «почувствуйте себя обновленным» и «почувствуйте потрясение, потому что вы — потрясающе замечательный человек» (Finkelstein, 2003, p. 82—83).

Наведение «Облако»

Пациентов просят вообразить, что их мягко поддерживает облако. Облако сохраняет тепло и защищает их, тогда как они «дышат нормально и не беспокоятся». Это наведение и наведения из следующего раздела могут быть дополнены другими «эго-усиливающими» внушениями для комфорта, расслабления и хорошего самочувствия (Finkelstein, 2003, p. 83).

Наведение дыханием

Пациентов просят сделать три глубоких дыхания, задерживая каждый вдох, и расслабляться по мере выдыхания, с каждым дыханием становясь все более глубоко расслабленными и успокоенными.

Наведение телесным осознанием

Это наведение облегчает телесное осознание посредством ряда вопросов, например: (а) «Можете ли вы заметить, как усиливается ваше расслабление, когда вы выдыхаете?» (Ь) «Ваша правая рука ощущает, как она лежит на вашей ноге, или она ощущает, как ее поддерживает ваша нога?» (с) «Ваша правая и левая нога чувствуют вес ваших рук одинаково или по-разному?» и (d) «Не пора ли отправиться в ваше особое место, можете изменить его, если хотите, побыть там вместе с другими людьми, но только с теми, с кем захотите, заменить их, когда пожелаете, или может вы предпочитаете побыть там наедине с собой?» (Finkelstein, 2003, p. 83).

Наведение вращением глаз

Пациентов просят держать голову неподвижно, смотреть так далеко, насколько они могут, пока глаза не устанут, потом медленно закрыть веки, расслабить мышцы вокруг глаз, вращая закрытыми глазами, глубоко дышать и с каждым выдохом чувствовать увеличивающееся расслабление (Finkelstein, 2003. p. 84).

Принятие процедур

Внушаются спокойная оценка ситуаций, ощущение личного благополучия, чувство удовольствия от поддержки и любви. Ощущения собственной защищенности и безопасности, внутренней силы и глубокого расслабления сопровождаются внушениями для прогрессивного расслабления. Углубление опыта гипноза достигается с помощью воображения того, как пациента безопасным образом окружают все более и более расширяющиеся прозрачные, концентрические сферы света, вызывающего спокойствие.

Финкельштейн (2003) рекомендовал прежде, чем начинать гипноз, оценить мотивацию пациента, его позитивные ожидания терапевтического эффекта, его потребность в усилении эго, поддержке и позитивном подкреплении, а также оценить его возможности к воображению с помощью всех пяти чувств. Доступны полные тексты наведений автора (Finkelstein, 2003), которые облегчат исследование эффективности кратких, экономичных гипнотических наведений в условиях стоматологической клиники. Мы согласны с заключением Чейвеса (1997b), что стоматология предоставляет для здравоохранения огромные исследовательские и обучающие возможности.

Рандомизированные контролируемые испытания, которые сравнивают гипноз с установленными процедурами и хорошо разработанным плацебо-контролируемым лечением, — еще не стали нормой. Поэтому преждевременно утверждать, что именно гипнотические процедуры, а вовсе не расслабление или другие неспецифические факторы, например, ответственны за результаты лечения, которые приведены во многих терапевтических и стоматологических исследованиях. Тем не менее, ясно, что гипноз может облегчить боль и страдания и, возможно, сыграть важную роль в лечении целого ряда других заболеваний.

12

ВОПРОСЫ И СПОРЫ

Со времен Месмера и до настоящего времени гипноз находился в водовороте противоречий. Возбужденные споры — начиная с вопроса о том, является ли гипноз измененным состоянием сознания или трансом, и заканчивая ролью гипноза в восстановлении памяти — разжигали наше личное увлечение гипнозом в течение последних 25 лет и без сомнения будут продолжать это делать. Серьезно заниматься гипнозом — значит столкнуться с вопросами, которые простираются далеко за его горизонты и восходят к фундаментальной природе сознания, поднимая вопрос, как слово и дело могут облегчить человеческие страдания. И именно к ряду подобных вопросов мы теперь обратимся, напомнив читателю, что наш взгляд на развитие каждой из этих тем — всего лишь одно из многих выдвинутых мнений.

ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ГИПНОЗ ИЗМЕНЕННЫМ ИЛИ ТРАНСОВЫМ СОСТОЯНИЕМ СОЗНАНИЯ?

Большинство современных теорий гипноза обязаны своим происхождением работе Роберта Уайта (R. White, 1941). Уайт пришел к выводу, что из-за своей чрезмерно механистической природы ни теория диссоциации, ни теория идеомоторного действия (рассмотренная в главе 1) не могут адекватно объяснить гипнотический ответ. Он утверждал, что гипнотическое поведение является целенаправленным социальным действием и что участники гипнотических сеансов отвечали на гипноз сообразно своим представлениям о том, каких действий от них хочет гипнотизер. Однако наряду с этим Уайт

все-таки полагал, что гипнотическое поведение имеет место во время измененного состояния сознания, которое характеризуется трудноуловимыми когнитивными изменениями; подобный взгляд разделяет также Мартин Орн (1959).

Вслед за Уайтом (1941) было предложено множество различных теорий измененного состояния сознания (напр., Edmonston, 1981; Hilgard, 1965; D. Spiegel, 1998; H. Spiegel & Spiegel, 1978) и множество других теорий, не считающих гипноз измененным состоянием (напр., T. X. Barber, 1969; Kirsch, 1991; Lynn & Rhue, 1991b; Sarbin, 1991; Spanos, 1986; Wagstaff, 1991), наряду с множеством теорий, которые четко не относятся ни к одному лагерю (напр., Hilgard, 1986; Kihlstrom, 2005; McConkey, 1991; Sheehan, 1991). Кроме этих индивидуальных позиций можно идентифицировать две концепции гипноза как «общего измененного состояния» (ОИС) и как «общего не-состояния» (ОНС). На самом деле это не совсем теории. Скорее ОИС-концепция состоит из общих мест разных теорий измененного состояния, а концепция ОНС состоит из тех предположений и мнений, которые разделяются различными теоретиками «не-состояния». Эти разделяемые предпосылки позволяют разным теориям группироваться под общими ярлыками (см. Kuhn, 1971).

Общие принципы теорий «измененного состояния» базируются на представлении, что гипноз вызывает измененное состояние сознания, обычно определяемое как транс. Каллио и Ревонсуо (2003) определили центральный вопрос, касающийся гипноза как измененного состояния сознания, следующим образом: «Существует ли особое гипнотическое состояние... которое служит *фоном* и дает взрасти измененному опыту, вызываемому внушением?» (p. 125). В это верят многие сторонники «измененного состояния», заявляющие, что усиление внушаемости — одна из особенностей транса и что по крайней мере для некоторых гипнотических явлений — чтобы они могли произойти — требуется транс. В отличие от этих представлений теоретики гипноза как «не-состояния» придерживаются мнения, что чувство измененного состояния — просто один из многих субъективных эффектов внушения и что оно не требуется для того, чтобы испытывать все другие внушенные эффекты.

В 1960-х годах теоретики и исследователи гипноза разделились на два враждующих лагеря, которые различались своим ответом на

вопрос: может ли гипноз быть определен как измененное состояние сознания? В течение 1960-х и 1970-х годов, как было признано, проблема измененного состояния являлась самой спорной проблемой в области психологии (Sheehan & Perry, 1976). Несмотря на различные заявления о сближении взглядов в спорах об измененном состоянии (Hilgard, 1973; Kirsch & Lynn, 1995; Spanos & Barber, 1974), полемика продолжалась. Например, в обзоре психофизиологических обстоятельств, сопутствующих гипнозу, Грузельер (Gruzelier, 1996) сделал вывод, что «теперь мы можем признать, что гипноз — действительно *состояние*, и направить свою энергию, которую ранее тратили на споры “состояние или не-состояние”, на другие цели» (p. 315). Другие исследователи, взвесив все за и против, по ряду причин не пожелали объявлять спор вокруг «измененного состояния» законченным (см. Chaves, 1997a; Hasegawa & Jamieson, 2002; Kihlstrom, 1997; Rainville & Price, 2003; Wagstaff, 1998). Каллио и Ревонсуо (2003) недавно выдвинули гипотезу измененного состояния сознания, которая постулирует, что истинный гипноз — редкое явление, которое испытывают только гипнотические виртуозы (то есть очень высокогипнабельные участники), те, кто способен испытывать галлюцинации без произвольного усилия.

Лучшим доказательством в пользу измененного состояния было бы обнаружение физиологических маркеров состояния транса. Грузельер (1996) в своем обзоре упорядочил имеющиеся данные, чтобы документально подтвердить различные нейрофизиологические эффекты, возникающие у высоко и низко гипнабельных людей вслед за гипнотическим наведением. Типичный проект многих исследований предполагает выявление высокого уровня гипнотической внушаемости, введение в транс и внушение специфических изменений в опыте. Существуют по крайней мере две проблемы в связи с интерпретацией этих данных в качестве подтверждения гипотезы транса. Во-первых, в большинстве этих исследований смешиваются *наведение транса* и *целевое внушение* (например, снижение боли или измененное визуальное восприятие). То же самое целевое внушение (с той же самой формулировкой) редко дается высокогипнабельным участникам без наведения гипноза. Например, нельзя загипнотизированным участникам сказать, что они увидят нечто, а незагипнотизированных участников просить представить себе это нечто (например, Kosslyn, Thompson, Constantini-Ferrando, Alpert, & Spiegel, 2000).

Смешение внушения с наведением препятствует любым умозаключениям относительно гипотезы измененного состояния.

Во-вторых, даже если бы одно и то же внушение давалось с наведением и без наведения транса, данные только косвенно подтверждали бы гипотезу измененного состояния. В лучшем случае они могли бы показать, что экспериментаторам не удалось обнаружить физиологических показателей, подтверждающих изменения в опыте незагипнотизированных участников. В принципе, это не отличается от реальных данных, показывающих, что наведения действительно вызывают различия, хотя и небольшие, в чувствительности к внушениям (напр., T. X. Barber, 1969; Braffman & Kirsch, 1999; Hilgard, 1965).

Прямое доказательство измененного состояния сознания требовало бы обнаружения физиологических маркеров ответа на внушение вхождения в транс, без всяких дальнейших внушений (что было названо *нейтральным гипнозом),* а также обнаружения того, что эти маркеры являются необходимым условием (предпосылкой) для ответа по крайней мере на некоторые внушения. Насколько мы знаем, свидетельств такого рода еще не найдено (см. также Dixon & Laurence, 1992; Hasegawa & Jamieson, 2002; Sarbin & Slagle, 1979; Wagstaff, 1998; Weitzenhoffer, 1985). Утверждать, что состояние транса включает в себя *«основные изменения и в содержании, и в паттернах функционирования сознания»* (Tart, 1983, p. 19), но что у него нет никакого физиологического представительства в мозге, — за границами науки. Если существуют физиологические маркеры нейтрального гипноза, но они являются коррелятами обычных субъективных состояний (напр., внимание, впитывание, интерес, когнитивное усилие, ожидание), как полагают некоторые (напр., Wagstaff, 1998), тогда нейтральный гипноз — это вовсе не измененное состояние сознания.

В настоящее время мало обсуждается вопрос, могут ли гипнотические внушения влиять на функционирование мозга. В действительности исследования нейрофизиологии гипноза (см. Hasegawa & Jamieson, 2002) указывают на то, что передние доли головного мозга играют важную роль в изменении сознательного опыта во время гипноза (напр., Faymonville et al., 2000; Kropotov, Crawford, & Polyakov, 1997; Rainville et al., 1997; Szechtman, Woody, Bowers, & Nahmias, 1998). Однако эти данные, бесспорно интересные, «не указывают на существование отдельного состояния гипноза»

(Hasegawa и Jamieson, 2002, p. 113). Поиск такого состояния — возможно одно из самых увлекательных и значительных исследований в области гипноза, которому без сомнения будут содействовать все более утонченные методы исследования мозга (Ray & Oathies, 2003). Независимо от того, достигнуто ли согласие относительно существования отдельного состояния гипноза или нет, исследование сопутствующих нейрофизиологических обстоятельств при гипнотических и негипнотических опытах обещает высветить много важных аспектов человеческого сознания (см. Hasegawa & Jamieson, 2002).

Следует ли использовать гипноз для восстановления памяти?

Знание о том, что гипноз может перманентно менять воспоминания, было известно светилам XIX века (напр., Фрейд, Бернгейм, Жане, Форель) в области гипноза и психологии (Laurence & Perry, 1983a, 1988). Действительно, многие примеры гипнотически вызванных ложных *воспоминаний* — *псевдовоспоминаний* — можно встретить в источниках более чем столетней давности. Но за прошлые 20 лет, или около того, разногласия вокруг вопроса, могут ли техники восстановления памяти искажать воспоминания, разделили исследователей гипноза на два лагеря, так же как и психотерапевтов. Большую часть шумихи можно приписать спорам о точности воспоминаний, восстановленных в ходе исследования жестокого обращения с детьми, о возможности создания множественных или диссоциированных личностей с помощью гипноза и других способов внушения, что широко освещалось в популярных СМИ представителями обеих спорящих сторон (см. Lynn & McConkey, 1998).

Гипноз нередко оказывался на переднем крае и в центре этих противоречий, поскольку является самой широко исследуемой и широко применяемой техникой для восстановления памяти. Обзорное исследование (Poole, Lindsay, Memon, & Bull, 1995) показывает, что приблизительно одна треть выборки (29—34%) психологов в Соединенных Штатах сообщает об использовании гипноза с целью помочь пациентам восстановить воспоминания о сексуальном насилии. Несмотря на возрастающее понимание связанной с гипнозом проблемы псевдовоспоминаний, как показывает наш опыт,

даже сегодня к известным терапевтам, искушенным в использовании гипноза, обращаются потенциальные пациенты или их терапевты с просьбой помочь в обнаружении забытых или подавленных воспоминаний. Согласие с таким запросом может привести к производству нового материала, который станет частью структуры памяти пациента. Впрочем, знание природы и податливости памяти указывает на то, что эта опасная процедура может привести к ятрогенному производству ложных воспоминаний (Lynn & McConkey, 1998; Lynn & Nash, 1994).

Научно-исследовательская база

На сегодняшний день среди современных когнитивных ученых существует единодушное мнение — о том, что повседневные воспоминания по своей природе подвержены ошибкам, причудам и реконструированы (Lynn & McConkey, 1998), — даже если им не хватает согласия по вопросу, является ли гипноз более опасной процедурой, чем негипнотические методы улучшения памяти. Мало того, что память подвержена ошибкам, некоторые люди чрезмерно доверяют своим воспоминаниям вплоть до убеждения, что некоторые события, которые не имели места в реальности, произошли на самом деле (Laurence & Perry, 1983b; McConkey, Barnier, & Sheehan, 1998).

Даже в отсутствие гипнотического наведения можно вызвать сложные воспоминания о событиях, которые никогда не происходили. В исследованиях, проводимых на студентах колледжа, от 20% до 50% участников сообщали, что они переживают такие фиктивные события: как будто они (a) потерялись в торговом центре (Loftus & Pickrell, 1995); (b) были внезапно госпитализированы из-за высокой температуры и возможного воспаления уха; случайно пролили бокал вина на родителей невесты на свадебном банкете; выбежали из супермаркета при ошибочном срабатывании системы пожаротушения (Hyman, Husband, & Billings, 1995); (c) пережили серьезное нападение животного, серьезный несчастный случай в доме, серьезный несчастный случай на улице, серьезную медицинскую процедуру или получили травму от другого ребенка (Porter, Yuille, & Lehman, 1999); (d) над ними издевались, как над детьми (Mazzoni, Loftus, Seitz, & Lynn, 1999); или (e) они летали на воздушном шаре (Wade, Garry, Read, & Lindsay, 2002).

Гипноз никоим образом не устраняет опасности искажения памяти. Наоборот, гипноз может усилить проблему (Lynn & Nash, 1994), что проясняют следующие пункты (см. Lynn et al., 2003).

- Гипноз увеличивает явный объем воспоминаний, приводя к большему количеству неправильной, так же как и правильной, информации. Когда продуктивность ответа находится под контролем, гипнотическое воспоминание не более точно, чем негипнотическое(Ег<Зе1у1,1994, обзор 34 исследований; Steblay & Bothwell, 1994, обзор 24 исследований), и приводит к усилению уверенности в ответах, которые во время предшествующего теста в бодрствующем состоянии определялись всего лишь как предположения (Whitehouse, Dinges, Ome, & Orne, 1988).
- Гипноз вызывает больше ошибок памяти, чаще появляются нераспознаваемые ошибки, более высокий уровень воспоминаний с ложной информацией по сравнению с негипнотическими методами (Steblay & Bothwell, 1994).
- Ложные воспоминания связаны с гипнотической восприимчивостью. У высокогипнабельных людей существует большая тенденция к ложным воспоминаниям, чем у низкогипнабельных, но даже относительно не поддающиеся внушению участники, включая очевидцев записанных на видео событий, рассказывают о том, чего не было (Lynn, Myers, & MaUnoski, 1997).
- Исследования (см. Spanos, 1996; Steblay & Bothwell, 1994) указывают, что загипнотизированные участники, по крайней мере столь же вероятно как и незагипнотизированные, могут запутаться в своих воспоминаниях за счет наводящих вопросов, а иногда показывают дефицит воспоминаний по сравнению с незагипнотизированными участниками. Есть также признаки, что высокогипнабельные люди особенно склонны к ошибкам памяти в ответ на вводящую в заблуждение информацию.
- Как правило, загипнотизированные люди сильнее уверены в точности своих воспоминаний, чем незагипнотизированные (Steblay & Bothwell, 1994). Кроме того, связь между способностью испытывать гипноз и уверенностью в

точности воспоминаний была хорошо подтверждена документально, особенно у загипнотизированных участников (Steblay & Bothwell, 1994). Эффект уверенности присутствует не всегда и не является сильным во всех случаях. Впрочем, гипноз увеличивает уверенность не только в точных воспоминаниях. Время от времени загипнотизированные участники могут быть сильно убеждены в ложных воспоминаниях.

- Даже когда участники предупреждены о возможных проблемах памяти, связанных с гипнотическими воспоминаниями, они продолжают сообщать о псевдовоспоминаниях во время гипноза и после него, хотя некоторые исследователи отмечают, что такие предупреждения могут сокращать количество псевдовоспоминаний у людей под гипнозом и без (Lynn, Lock, Loftus, Lilienfeld, & Krackow, 2003).
- Некоторые авторы (D. P. Brown, Scheflin, & Hammond, 1998; Hammond et al., 1995) защищают применение гипноза для восстановления воспоминаний об эмоциональных или травматических переживаниях. Вопреки этой позиции, семь исследований (см. Lynn et al., 1997), сравнивавших гипнотическую память с негипнотической при предъявлении связанных с эмоциональным возбуждением стимулов (например, видеозаписей с несчастными случаями в магазине, изображений фатальных поножовщин, фиктивного убийства, видеозаписи реального убийства), привели исследователей к однозначному заключению: гипноз не улучшает воспоминаний относительно эмоционально возбуждающих событий и уровень возбуждения не влияет на гипнотическое воспоминание.
- Гипноз не обязательно дает больше ложных воспоминаний, чем процедуры негипнотические, но высоко суггестивные или направляющие по своей природе (Lynn et al., 1997). И в самом деле — любая процедура, вызывающая ожидание того, что точные воспоминания можно легко восстановить, вероятно, должна увеличить явный объем воспоминаний и поддержать уверенность в неточных, так же как и в точных воспоминаниях. Исследование Скобориа и др. (Scoboria, Mazzoni, Kirsch, Milling, 2002) пока-

зало, что и наведение гипноза, и использование метода наводящего интервью негативно повлияло на воспоминания участников.

Хотя гипноз часто используют, чтобы способствовать возрастной регрессии, он может искажать воспоминания о событиях раннего возраста. Несколько исследователей (Nash, Drake, Wiley, Khalsa, & Lynn, 1986) попытались подтвердить воспоминания участников, которые были частью проведенного эксперимента регрессии возраста. Данный эксперимент включал в себя возрастную регрессию (для участников под гипнозом) и ролевую игру (для контрольной группы), где участники в возрасте «трех лет» находились в успокаивающем присутствии своей матери. Во время эксперимента участники сообщали об идентичности их временных объектов (например, одеял, игрушечных мишек). Проверка точности воспоминаний с помощью третьей стороны (отчеты родителей) была получена для 14 загипнотизированных участников и 10 участников контрольной группы. Участники гипнотической группы реже могли идентифицировать действительно используемые объекты из прошлого, чем участники контрольной группы. Воспоминания участников, находившихся под гипнозом, соответствовали сообщениям их родителей только в 21% случаев, тогда как сообщения участников контрольной группы были подтверждены их родителями в 70% случаев.

В другом исследовании (Sivec, Lynn, & Malinoski, 1997) у испытуемых вызывали возрастную регрессию к возрасту пяти лет и внушали, что они играют с куклами Cabbage Patch (для девочек) или с игрушечными воинами He-man (для мальчиков). (Такие игрушки начали выпускать только через 2—3 года после возраста-мишени регрессии.) Половина испытуемых получила инструкции регрессии возраста под гипнозом, а другая половина испытуемых получила внушения регрессии — без него. В то время как ни один из незагипнотизированных людей не оказался под влиянием внушения, 20% испытуемых под гипнозом оценили воспоминание как реальное и были

уверены, что событие произошло в возрасте, к которому они регрессировали.

- Поиск травматических воспоминаний может расшириться на события, происходившие задолго до рождения (см. Mills & Lynn, 2000). Регрессивная терапия прошлой жизни основана на предпосылке, что травмы, произошедшие в предыдущих жизнях, вносят свой вклад в текущие психологические и физические симптомы. Например, психиатр Брайен Вейсс (Brian Weiss, 1988) опубликовал широко разрекламированную серию случаев, в которых его загипнотизированные пациенты регрессировали по возрасту, чтобы вернуться к происхождению современной проблемы. В состоянии гипнотической регрессии пациенты сообщали о событиях, которые Вейсс интерпретировал, как берущие свое начало в предыдущих жизнях.

Что нам делать с яркими и реалистичными сообщениями о прошлых жизнях? Надежна ли информация, восстановленная из прошлой жизни? Если бы было так, это явилось бы явным свидетельством того, что гипноз — эффективная техника регрессии возраста и что прошлые жизни действительно реальны. Как бы то ни было исследования не подтверждают такой возможности. Спанос и др. (Spanos, Menary, Gabora, DuBreuil, & Dewhirst, 1991) установили, что информация, которую сообщали испытуемые о конкретных периодах времени в продолжение их гипнотической регрессии возраста, почти всегда была ошибочна. Так, один испытуемый, который регрессировал к древним временам, утверждал, что был Юлием Цезарем, императором Рима, в 50 до н.э, даже при том, что обозначения до н.э и н.э. были приняты на несколько столетий позже, и при том, что Юлий Цезарь умер за несколько десятилетий до первого римского императора. Спанос и коллеги (1991) одним испытуемым говорили, что их прошлые воплощения, возможно, отличались по полу, культуре или расе от существующих, тогда как другим испытуемым никакой предгипнотической информации не предлагалось. События прошлой жизни испытуемых были детально разработаны, адаптированы к наведенным ожиданиям об идентичности прошлой жизни (напр., пол, раса) и менялись в зависимости от полученной участниками предгипнотической информации о степени жестоко-

го обращения с детьми во время прошлых исторических периодов. Резюмируя сказанное, гипнотически наведенные переживания прошлой жизни — это фантазии, построенные на основании доступных культурных рассказов о прошлых жизнях, на известных или предполагаемых фактах касательно исторических периодов, а также на сигналах, присутствующих в гипнотической ситуации (Spanos, 1996).

Почему гипноз увеличивает риск ложных воспоминаний?

Свободный поток воображения и фантазии — обычная реакция на гипнотическое наведение. Фактически, одно из главных требований гипноза — фантазировать и воображать наряду с внушенными событиями и отказаться от критической, аналитической позиции в пользу непосредственного переживания внушенных событий (Lynn, Martin, & Frauman, 1996). Управляемое воображение даже без гипноза может вызывать беспокойство, потому что люди часто путают реальные и воображаемые воспоминания, особенно когда воспоминания изначально неясные или недоступные (Hyman & Pentland, 1996). Значительное число исследований показало, что простое воображение события участниками может привести к формированию ложных воспоминаний. Уверенность в том, что фиктивные события происходили на самом деле, как правило, усиливается, после того как эти события были мысленно представлены. Это явление называют *раздутым воображением,* и оно неоднократно демонстрировалось (обзор, Garry & Polaschek, 2000).

Помимо воображения, в формировании ложной памяти, вероятно, играет роль вера людей в гипноз. Рассказывая о том, что вспомнилось во время гипноза, люди обычно явно или неявно показывают, что убеждены в точности полученной информации. Убеждения людей всегда формировали их гипнотический опыт. Когда люди полагали, что конвульсии являются непременным условием гипноза, они бились в конвульсиях. Когда они думали, что гипноз требует транса, они входили в транс. Каталепсия и спонтанная амнезия были признаками гипноза, но только среди людей, которые верили, что от них этого ждут. Многие люди полагают, что гипноз усиливает память, и эта вера приводит к тому, что они чаще принимают свои конфабуляции за воспоминания (Whitehouse et

al., 1988). Соединение усиления фантазии и снижения объективности, обычно наряду с поддерживаемым убеждением, что гипноз усиливает воспоминания, может вызвать смешение фантазии с исторической действительностью и стойкое убеждение, что воображаемые события произошли на самом деле.

Профессиональные общества

Наша пессимистическая оценка гипноза по части восстановления воспоминаний была отражена профессиональными обществами, включая подразделения и целевые группы Американской психологической ассоциации (APA, 1995) и Канадской психиатрической ассоциации (CPA, 1996). Американская медицинская ассоциация (AMA, 1994) заявила, что гипноз должен использоваться в судебном контексте только в целях получения сведений. Однако гипноз следует использовать в судебном контексте только в том случае, если возможно подтвердить любые воспоминания, полученные с помощью гипноза, и только при соблюдении строгих процедур, чтобы гарантировать, что применялись надлежащие следственные процедуры, не вызывающие наведения.

Иногда утверждают, что подлинность памяти не так уж и важна, и какое дело, правдив ли ее рассказ. Согласно этому представлению, если восстановление памяти терапевтично, не имеет значения, верно ли оно. Утверждение о том, что восстановление памяти терапевтично — непроверенное и сомнительное предположение. А вот утверждение, что ложная память может иметь негативные последствия, неоспоримо. В частности, это может привести к разрушению семейных связей. Вот почему использование гипноза для усиления или восстановления памяти редко оправдано. Если исключительные обстоятельства приводят к решению, что гипнотическое исследование предполагаемых забытых воспоминаний оправдано, оно должно быть предпринято только с соблюдением следующих предосторожностей:

- В рамках обоснованного согласия расскажите пациентам о риске искажения памяти и нежелательности действий вне терапевтического контекста (например, в суде) на основании того, что они вспомнят. Пациенту нужно сказать, что часто, не гарантируя правдивости воспоминаний, гип-

ноз может вызвать чрезмерную уверенность в ошибочном принятии фантазии за реальное воспоминание. И кроме независимого подтверждения — нет никаких способов оценить правдивость видимого воспоминания. Затем нужно сообщить пациенту, что, подвергаясь гипнозу для того, чтобы получить или подкрепить память, на основании этого он может быть лишен права свидетельствовать в суде в некоторых американских штатах.

- Предупредите пациента, что вспоминание травматических событий из детства не поможет ему автоматически — или даже легко — разрешить его трудности.
- Тщательно избегайте наводящих и суггестивных вопросов.
- Если пациент восстанавливает память во время гипноза или вне гипнотического контекста — оцените степень доверия воспоминанию. Примите во внимание внушаемость пациента и характер процедур, использованных для раскрытия памяти (Lynn, Kirsch, & Rhue, 1996).

В качестве альтернативы гипнотерапевт мог бы рекомендовать пациенту ориентировочно принять взгляд, что предполагаемый случай действительно некоторым особым образом происходил на самом деле, хорошо понимая при этом, что эта гипотеза бездоказательна. Если бы это была правда, как это меняет текущую жизнь пациента? Что он может с этим сделать? Как это препятствует или способствует решению и купированию его текущих проблем? Эти вопросы могут сопровождаться временным принятием гипотезы, что событие не происходило или что оно произошло как-то иначе. Каковы последствия этой гипотезы для текущих дилемм пациента? Подобный процесс может устранить потребность устанавливать, что же произошло на самом деле. Все же, если внешняя сторона воспоминаний крайне невероятна, гипнотерапевт не должен смущаться того, чтобы попытаться подтвердить их посредством свидетелей или других средств, хотя мы признаем, что во многих случаях это может оказаться невозможным или клинически неблагоразумным. Крайнее мнение по этому вопросу состоит в том, что использование гипноза для восстановления памяти — это азартная игра. Нам трудно представить себе ситуацию, в которой такая игра стоила бы риска.

ДОЛЖНЫ ЛИ КЛИНИЦИСТЫ ПРОВЕРЯТЬ ПАЦИЕНТОВ НА ГИПНОТИЧЕСКУЮ ВНУШАЕМОСТЬ?

Исследования, проведенные около 15 лет назад, показали, что большинство терапевтов (54%) обычно не проверяет своих пациентов на гипнотическую внушаемость каким-либо образом и меньше, чем треть, пользуется стандартизированными шкалами для оценки внушаемости пациентов (Cohen, 1989). Можем держать пари, что, если бы такое исследование было повторно проведено сегодня, порядок цифр не сильно бы изменился. Многие известные нам клиницисты разделяют взгляды Даймонда (1989), что оценка внушаемости — опасное предприятие, потенциально являющееся «вводящим в заблуждение, навязчивым и содержащим перенос препятствием для продвижения терапии» (р. 12). Многие клиницисты также подвергают сомнению клиническую ценность оценки гипнотической внушаемости (J. Barber, 1989) - понятная озабоченность, учитывая наши более ранние наблюдения о том, что пациенты с высокой внушаемостью не обязательно отвечают на многие полезные внушения и высокие оценки по шкале внушаемости не являются необходимым условием терапевтических следствий. Мы добавили бы еще одну озабоченность: неудача при прохождении теста на внушаемость может охладить позитивные терапевтические ожидания пациента и его мотивацию и, как следствие, породить терапевтический провал.

Оставив это в стороне, отметим, что можно легко составить некоторое представление о внушаемости пациента с малым риском или вообще без риска для терапевтического мероприятия. В главе 3 мы обсуждали использование маятника Шевреля, чтобы дать грубую оценку внушаемости наяву наряду с *безотказным наведением,* которое включало в себя внушения усиления легкости (поднятие руки или кисти) или тяжести (опускание руки или кисти). Подобные простые и все же мощные демонстрации увеличивают ожидания пациента относительно его восприимчивости в гипнотических ситуациях. Мы бы добавили третью тактику: используйте внушения наяву, а не в гипнотическом контексте. Поскольку пациенты, отвечающие на образные внушения наяву, очень вероятно, таким же образом, если не сильнее, ответят на внушения, которым предшествует гипнотическое наведение (Т. X. Barber, 1969; Braffman & Kirsch, 1999), вну-

шения наяву могут служить превосходным показателем гипнотической внушаемости. Если ответ на внушение наяву мал или ответа нет вообще, то вероятно, мало что удастся получить с помощью гипнотического наведения (E. Meyer & Lynn, 2004), если только гипнотерапевт не будет вкладываться в обучение низкогипнабельного пациента, чтобы сделать его более восприимчивым. Вы помните, что существуют значительные подтверждения тому, что люди, которых первоначально определяли как низкогипнабельных, часто увеличивали свою восприимчивость к внушениям (Gfeller, 1993) при образовании адекватного раппорта с гипнотизером, при поддержке и поощрении к воображению наряду с внушениями и инструкциями о том, как интерпретировать внушения (напр., примите на себя активную роль в ответе на внушения, не ждите пассивно своего ответа). Однако это затратный подход с точки зрения времени и сил, и поэтому он может оказаться нежизнеспособным. Позитивный ответ внушениям наяву часто поддерживает позитивные терапевтические ожидания и может расцениваться как индикатор потенциально высокой гипнотической внушаемости.

Если терапевтам требуется дополнительная информация о внушаемости пациентов, они должны решить, использовать ли формальные, стандартизованные тесты или нестандартные тесты внушаемости, специально адаптированные к терапии (Bates, 1993; D. P. Brown & Fromm, 1986). Формальные, стандартизованные измерения предпочтительны в условиях исследований или тогда, когда предвидится отчет о клинических испытаниях. В клинических ситуациях для большинства пациентов будет достаточно использования неформальных подходов, когда терапия включает в себя базовое расслабление и эгоусиливающие внушения, упражнения визуализации и многие из внушений и сценариев, которые мы представили на ваше рассмотрение. Если терапия центрируется на одном конкретном внушении, например, регрессии возраста, амнезии или ослаблении боли, то решение ограничить оценку определенным, релевантным терапии внушением вполне оправдано. Высокогипнабельные люди обычно более восприимчивы к внушениям обезболивания, чем низкогипнабельные. Однако было бы безрассудно применять гипноз в качестве анестезии человеку в стоматологическом кресле — даже если он обычно высокогипнабелен — без предварительной проверки его способности ответить на внушение анестезии в офисе клинициста. Интересно, что

некоторые люди не достигают снижения боли, если внушения обезболивания изложены в гипнотических терминах, однако достигают ее существенного снижения, если те же самые внушения представлены без намека на использование гипноза (см. Spanos, 1991). Вероятно, это происходит из-за того, что у некоторых пациентов существуют контрпродуктивные и стойкие установки и ожидания в отношении гипноза, которые сталкиваются с их восприимчивостью к внушениям обезболивания. В подобных случаях будет мудро воспользоваться внушениями обезболивания, не упоминая о гипнозе. Таким образом некоторое знание ответа пациента на гипноз может повлиять на решение терапевта о его применении (Lynn, Kirsch, Neufeld, & Rhue, 1996).

Был выдвинут аргумент, что нужно избегать оценки внушаемости, поскольку она является неэффективной, затратной и занимает много времени (Diamond, 1989). Однако Шпигель (H. Spiegel, 1989) заявил, что внушаемость на самом деле можно оценить легко и быстро, и можно предусмотреть показатели, чтобы оценить не только внушаемость, но и степень податливости человека: «как он может концентрироваться, усваивать новые точки зрения и управлять ими» (p. 16). «Профиль гипнотического наведения» Шпигеля (H. Spiegel & Spiegel, 1978) —разумный выбор быстрого оценочного средства. Нейдон и Лоуренс (1994), однако, настоятельно рекомендовали намного более длинную «Стэнфордскую шкалу гипнотической восприимчивости», форму С (Weitzenhoffer & Hilgard, 1962) или ее специализированную версию (Hilgard, Crawford, Bowers, & Kihlstrom, 1979) «прежде всего из-за ее обоснованности и широкого выбора гипнотических внушений» (p. 91). Преимущество специализированной версии состоит в том, что она может дать информацию о специфических ответах, важных для терапии (Lynn, Kirsch, Neufeld, & Rhue, 1996).

Если клиницист решает осуществить формальное тестирование, Френкель и а (1976) рекомендуют сообщить пациенту, что цель стандартизованного испытания — сделать его индивидуальную терапию более эффективной. Они предлагают сказать пациенту следующее: «Знание того, как вы реагируете, позволит нам изменить технику так, чтобы она могла соответствовать потребностям вашего лечения» (p. 1259-1260).

Даже при том, что между гипнотической внушаемостью и успехом терапии нет тесной взаимосвязи, внушаемость не являет-

ся абсолютно незначимой для получаемого результата. Ни в одном из обнаруженных нами исследований высокая гипнотическая внушаемость не была связана с негативными терапевтическими следствиями. Хорошо установлена связь между внушениями обезболивания и гипнотической внушаемостью; впрочем, даже люди со средней гипнабельностью зачастую могут получить значительную пользу от гипнотического обезболивания. Полученные данные относительно внушаемости и терапевтических результатов весьма неоднородные, но по крайней мере многообещающие — в терапии курения, ожирения, бородавок, тревоги, соматических, конверсионных расстройств и астмы (Lynn, Shindler, & Meyer, 2003). Например, в исследованиях лечения гипнозом конверсионного расстройства гипнотическая внушаемость явилась лучшим прогностическим фактором успеха, чем ожидания пациентов (Moene, Spinhoven, Hoogduin, & Van Dyck, 2003). Как следует из ранее сказанного — то, что многие исследования указывают на незначительную связь или на отсутствие всякой связи гипнотической внушаемости с терапевтическими результатами, возможно отражает тот факт, что типичные гипнотические вмешательства полагаются на относительно легкие внушения (например, расслабление, направленное воображение, образную репетицию), требующие небольшого количества гипнотических или образных способностей.

Когда осуществляется работа с травмой, клиницисты должны иметь по крайней мере грубую оценку внушаемости пациента. Вы помните, что в литературе постоянно встречаются упоминания о том, что псевдовоспоминания наиболее вероятны у тех испытуемых, которые по крайней мере умеренно гипнабельны (см. Lynn & Nash, 1994). Бдительность к суггестивным влияниям требуется в любой психотерапии; однако пациенты по крайней мере с умеренными гипнотическими способностями являются уже уязвимыми. Более того, поскольку внушаемость связана с псевдовоспоминаниями даже в отсутствие гипноза, пациентов стоило бы проверять на «внушаемость в негипнотических контекстах», если на повестке дня — работа с травмой. Хотя каждый терапевт должен взвесить затраты и пользу оценки для каждого пациента, по крайней мере неформальная оценка гипнотической внушаемости зачастую может предоставить ценную информацию.

ВЫЗЫВАЕТ ЛИ ГИПНОЗ НЕГАТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ?

Возможно, практикующие врачи уклоняются от использования гипноза из опасения, что столкнутся с такой реакцией на гипноз, с которой не смогут справиться. В конце концов, если гипноз производит глубокие изменения в сознании, восприятии и ощущениях, могут ли события выйти из-под контроля в течение сессии? Полагаем, что большинство клиницистов слышали об одной или нескольких неблагоприятных реакциях, произошедших во время гипноза. Действительно, время от времени негативные эффекты, как их называют, иногда могут происходить — терапевт должен быть подготовлен к тому факту, что меньшинство (то есть от 8% до 49%) людей сообщает о преходящих негативных постгипнотических состояниях (напр., о головных болях, головокружении, тошноте, ригидности затылочных мышц, умеренных когнитивных искажениях). Впрочем, нам есть, что к этому добавить. За годы наших экспериментальных исследований значительное большинство испытуемых — около 80% (Lynn, Martin, & Frauman, 1996) - описывало свой опыт гипноза как очень позитивный (например, расслабление). Наши клинические испытания привели нас к выводу, что большинство пациентов оценивает свой опыт гипноза в столь же позитивных терминах.

Из множества обзоров (Coe & Ryken, 1979; Lynn, Brentar, Carlson, Kurzhals, & Green, 1992; Lynn, Martin, & Frauman, 1996) исследований относительно гипноза и его негативных эффектов стало ясно, что негативные реакции встречаются также и после негипнотического лечения. При этом гипноз вызывает не более негативные состояния, чем такие обычные действия, как сидение с закрытыми глазами, сдача экзамена в колледже, посещение занятий в колледже и жизнь в колледже вообще. Однако из-за распространенных заблуждений, касающихся гипноза, (например, транс, потеря контроля) и временных негативных постгипнотических реакций пациенты по ошибке приписывают эти негативные реакции гипнотически наведенному измененному состоянию сознания.

Тем не менее возможность негативных или непредвиденных реакций заслуживает тщательного внимания со стороны терапевта. Мы столкнулись с множеством подобных негативных реакций в

своей собственной практике. Большинство негативных реакций встречалось в ранние годы нашей работы с гипнозом. В одном из случаев пациентка получила внушение мысленно отправиться на берег и считать волны в качестве техники углубления. Спустя минуту после внушения пациентка разрыдалась и, когда ее пробудили от гипноза, рассказала, что она и в самом деле ходила на озеро на предыдущей неделе и, стоя у края воды, размышляла о самоубийстве. В другом случае пациентка с диагнозом пограничного личностного расстройства выбрала в качестве своего излюбленного места остров и, хотя первоначально она сказала, что чувствует себя комфортно и расслабленно, сильно забеспокоилась, поскольку вообразила, что к берегу острова приплыли акулы-убийцы и они приближаются к ней на ногоподобных отростках. Эти примеры подразумевают, что ранее существовавшие психологические проблемы или воспоминания о неприятных событиях могут быть связаны с психологическим дистрессом, но похоже, что это относится к содержанию памяти или к спонтанным мысленным образам, а не к использованию гипноза как такового (Lynn, Martin, & Frauman, 1996).

К счастью многие негативные эффекты можно предотвратить или минимизировать (см. также Crawford, Hilgard, & MacDonald, 1982; MacHovec, 1986; Page & Green, 2002), и мы рекомендуем следующие шаги, чтобы гарантировать самый позитивный из возможных опыт гипноза. Многие из этих рекомендаций резюмируют и подкрепляют ранее сказанное относительно необходимости обучения пациентов и создания наборов терапевтических ответов, чтобы максимизировать гипнотическую внушаемость и терапевтическую пользу.

1. Тщательно оцените медицинскую и психологическую (до- и после лечения) историю каждого пациента (например, страхи, фобии, социальные проблемы), психологические защиты и копинг-навыки. Отметьте подкрепление обстоятельствами или любую вторичную выгоду, поддерживающую или усиливающую текущие симптомы. Попробуйте предвосхитить негативные реакции. Как вы помните из нашего более раннего обсуждения, обсессивно-компульсивные, пограничные, параноидальные и

психотические пациенты, вероятно, слабые кандидаты на клинический гипноз или требуют особых терапевтических мер.

2. Тщательно оцените ожидания пациентов, их установки и убеждения относительно гипноза. Спросите их о предшествующих опытах гипноза и выявите наличие признаков предыдущих негативных реакций и их источники (например, бедная техника терапевта при обсуждении чувствительных вопросов, которые вызвали тревогу). Освободите пациентов от иллюзий, например, что гипноз — это быстрое лечение или дорога к подсознанию. Демистифицируйте гипноз и исправьте любые неверные представления о нем. Изобразите гипноз как терапевтический инструмент, который может содействовать расслаблению и усилить самоконтроль.
3. Если, несмотря на предпринятые усилия обучить пациента, он все еще очень обеспокоен вопросами доминирования или потери контроля над собой, обдумайте предъявление таких гипнотических процедур, как работа с воображением, с целенаправленными фантазиями или самогипноз.
4. Определите, какую роль будет играть гипноз в лечении, и обсудите эту роль с пациентом. Полностью подготовьте его для гипноза, структурируйте его реалистичные ожидания и сохраняйте высокую степень гибкости и открытости, чтобы переосмыслить не только центральную проблему, но также и роль гипноза в психотерапии.
5. Получите согласие пациента участвовать в гипнозе на основе его полной информированности. Это особенно важно, когда исследуются прошлые проблемы. В таких случаях пациенты должны знать о возможности гипноза усилить их доверие к неточным, также как и к точным воспоминаниям, что нами уже обсуждалось. Однако не привлекайте внимания к возможности негативных последствий (например, головных болей) — перед гипнозом, в течение гипноза или после него. Такая тактика может быть чрезмерно наводящей. Тем не менее, рассмотрите гипнотический опыт пациента и однозначно дайте понять пациенту,

что, если он захочет обсудить какой-нибудь аспект этого опыта, он может свободно и без стеснения связаться с вами после сессии.

6. Упорно трудитесь, чтобы установить с пациентом устойчивый рабочий альянс, как средство сдерживания негативных или идеализированных реакций переноса (Lynn, Kirsch, & Rhue, 1996).
7. Будьте разрешающим. Предоставляйте бережно варианты как терапевтические двойные послания, так чтобы любой выбор продвигал улучшение и минимизировал сопротивление. Отмечайте, что человек делает «правильно», и комментируйте это. Например, фокусируясь на небольших изменениях в дыхании пациентов и говоря о том, что эти изменения показывают, что пациент начинает расслабляться тем самым способом, который способствует погружению в гипноз, — терапевт может передать идею, что изменение начинается со столь незначительных изменений, что они могут ускользать от внимания. Такая техника позволяет малые приращения, вызванные, например, случайными колебаниями, интерпретировать как знаки терапевтического успеха (Lynn, Kirsch, & Rhue, 1996).
8. Следуйте изречению: «Никогда ничего не лечите гипнозом, если вы не обучены или технически не оснащены, *чтобы* вылечить это без гипноза» — это незаменимая защита от неуправляемых реакций. Так, абреакции*, возникающие при умелом и чутком использовании техник когнитивно-поведенческой экспозиции, могут принести существенную терапевтическую пользу. Однако терапевты должны обучаться использованию таких техник (с гипнозом или без него) перед их введением в свою клиническую практику.
9. Если терапевт осознает у себя наличие, в частности, сильного позитивного, сексуального или враждебного чувства к пациенту или чувствует потребность управлять терапевтическим взаимодействием, мало заботясь о благополучии пациента, — ему следует обратиться за консультацией, супервизией или индивидуальной психотерапией.

' ***Абреакция*** — выход избытка сдерживаемых эмоций при повторном переживании травматического события. — ***Прим. ред.***

10. Вообще, избегайте прямых внушений, чтобы ослабить симптомы без возникновения обоснованной адекватной психологической защиты и копинг-навыков (Lynn, Martin, & Frauman, 1996). Примите во внимание готовность пациента испробовать что-нибудь новое или сделать необходимые изменения в жизни. Как изменилась бы жизнь человека, если бы симптома больше не было? Что должно было бы измениться в жизни человека, чтобы освободиться от этого симптома? Внушения для ослабления симптома, возможно, более безопасны и более эффективны, чем внушения для устранения симптома, а разрешающая формулировка может упреждать ощущение неудачи и уважать интуитивное ощущение тайминга* пациентом. Следующее внушение, например, может быть предпочтительнее, чем прямое внушение того, что пациент больше не будет чувствовать боль:

    Боль — это важный сигнал опасности, и боль, которую вы испытали когда-то, служила этой полезной функции. Но интересно, вам все еще нужен тот уровень дискомфорта, что вы испытали в прошлом, или нет? По мере того, как вы учитесь обращать более пристальное внимание на мудрые сигналы своего тела, ваша потребность в интенсивном получении боли становится все меньше и меньше — пока не останется немного дискомфорта, чтобы всего лишь напоминать вам относиться к своей спине с уважением.

11. После гипноза убедитесь, что пациент полностью активен, не чувствует себя сонным или вялым и не имеет никаких других непреднамеренных результатов внушений, когда уходит из вашего офиса.

Если вы будете следовать этим рекомендациям и развивать хорошее клиническое мышление, мы уверены, что вы оптимизируете состояния гипноза у своих пациентов и минимизируете возможность неблагоприятных реакций на те гипнотические процедуры, которые мы рекомендовали в ходе нашего обсуждения.

Тайминг (от англ, ***timing)*** — субъективное ощущение времени, когда пациенту пора остановиться и перестать выполнять процедуру, например, пребывания в безопасном месте, то есть когда ему уже достаточно. — ***Прим. пер.***

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Гипноз был формально признан в качестве терапевтической процедуры Американской медицинской ассоциацией и Американской психиатрической ассоциацией. Его использование было подтверждено строгими эмпирическими доказательствами, демонстрирующими его эффективность на многих клинических состояниях. Например, оказалось, что гипноз — самый эффективный психологический метод управления бол ью и что он может удвоить эффективность лечения ожирения. Тем не менее, многие клиницисты отказываются использовать гипноз в своей практике. Мы надеемся, что эта книга внесет свой вклад в преодоление этого нежелания.

Нежелание использовать гипноз имеет свои корни в истории. В частности, оно происходит из неверного восприятия гипноза как мистического и эзотерического опыта, связанного с волшебством и мифом. Время от времени эти неудачные и неточные умозаключения усиливались за счет безответственных заявлений сторонников гипноза. Однако современные исследования и теория гипноза рисуют совсем другую картину. Гипнотические явления — это нормальные человеческие процессы, которыми управляют те же самые психологические факторы, что формируют негипнотический опыт и поведение.

Методы и процедуры, описанные в этой книге, основаны на надежных клинических и лабораторных исследованиях. Многие из них получены эмпирическим путем и хорошо проверены. Многие могут также использоваться без формального наведения или упоминания о гипнозе, и этот способ может быть показан для пациентов, чьи ожидания насчет гипноза делают их плохими кандидатами на гипнотерапию. Клиницист, однако, не должен разделять подобных необоснованных ожиданий. Хотя сама идея использования гипноза может стать препятствием к терапии для меньшей части

пациентов, гипноз может значительно усилить терапию для большинства других.

Хотелось бы добавить, что мы применяем и исследуем гипноз в течение 50 лет. И все же наше любопытство не удовлетворено. Сегодня мы столь же очарованы гипнозом, как и тогда, когда увидели первую демонстрацию гипнотических процедур много лет назад. Надеемся, что у нас получилось поделиться своим энтузиазмом относительно ценности практического использования гипноза на основе доказательных принципов, а также разжечь ваш интерес, чтобы вам захотелось разобраться в вопросах и спорах, которые мы представили на ваше рассмотрение.

Список литературы

Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. ***Journal of Abnormal Psychology, 87,*** 49-74.

Agras, W. S., Walsh, B. T, Fairburn, C. G., Wilson, G. X, & Kraemer, H. C. (2000). A multi-center comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. ***Archives of General Psychiatry, 57,*** 459-466.

Alden, P. (1995). Back to the past: Introducing the bubble. ***Contemporary Hypnosis, 12,***59-67.

American Medical Association, Council on Scientific Affairs. (1994). ***Memories of childhood abuse*** (CSA Report 5-A-94). Chicago: Author.

American Psychiatric Association. (1980). ***Diagnostic and statistical manual of mental disorders*** (3rd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1994). ***Diagnostic and statistical manual of mental disorders*** (4th ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2000). ***Practice guideline for the treatment of clients with eating disorders (Revision).*** Washington, DC: Author.

American Psychological Association, Division 17 Committee on Women, Division 42Trauma and Gender Issues Committee. (1995, July 25). ***Psychotherapy guidelines for working with clients who may have an abuse or trauma history.*** Washington, DC: Author.

American Psychological Association, Division 30. (2004, Winter/Spring). Hypnosis: A definition. ***Psychological Hypnosis: A. Bulletin of Division, 30,*** 13.

Andersen, A. E. (1995). Eating disorders in males. In K. D. Brownell & C. G. Fairburn (Eds.), ***Eating disorders and obesity:*** A ***comprehensive handbook*** (pp. 177-187). New York, NY: Guilford Press.

Anderson, J. A., Basker, M. A., & Dalton, R. (1975). Migraine and hypnotherapy. ***International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 23,*** 48-58.

Andreychuk, T., & Skriver, C. (1975). Hypnosis and biofeedbackin the treatment of migraine headache. ***International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 23,*** 172-183.

Anonymous. (1996). Integration of behavioral and relaxation approaches into the treatment of chronic pain and insomnia. NIH technology assessment panel on integration of behavioral and relaxation approaches into the treatment of chronic pain and insomnia. ***Journal of the American Medical Association, 275,*** 887-891.

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. ***Clinical Psychology: Science and Practice, 10,*** 125-143.

Baker, E. (1981). An hypnotherapeutic approach to enhance object relatedness in psychotic patients. ***International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 24,*** 136-147.

Baker, E. (1987). The state of the art of clinical hypnosis. ***International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 35,*** 203-214.

Baker, S. L., & Kirsch, I. (1993). Hypnotic and placebo analgesia: Order effects and the placebo label. ***Contemporary Hypnosis, 10,*** 117-126.

Balienger, J. C. (1997). Panic disorder in the medical setting. ***Journal of Clinical Psychiatry, 58,*** 13-17.

Banyai, Ë. I. (1991). Toward a social-psychobiological model of hypnosis. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), ***Theories of hypnosis: Current models and perspectives*** (pp. 564-598). New York: Guilford Press.

Banyai, Ë. I., & Hilgard, E. R. (1976). A comparison of active-alert hypnotic induction with traditional relaxation induction. ***Journal of Abnormal Psychology, 85,*** 218-224.

Barabasz, A. F., Baer, L., Sheehan, D., & Barabasz, M. (1986). A three-year follow-up of hypnosis and restricted environmental stimulation therapy for smoking. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 24,* 169-181.

Barabasz, M. (2000). Hypnosis in the treatment of eating disorders. In L. M Hornyak & J. P. Green (Eds.), *Healing from within: The use of hypnosis in women's health care* (pp. 233-254). Washington, DC: American Psychological Association.

Barber, J. (1977). Rapid induction analgesia: A chnical report. *American Journal of Clinical Hypnosis, 19,* 138-147.

Barber, J. (1989). Predicting the efficacy of hypnotic treatment. *American Journal of Clinical Hypnosis, 32,* 10-11.

Barber, T. X. (1969). Hypnosis: A *scientific approach:* New York: Van Nostrand Reinhold.

Barber, T. X. (1985). Hypnosuggestive procedures as catalysts for psychotherapies. In S. J. Lynn & J. P. Garske (Eds.), *Contemporary psychotherapies: Models and methods* (pp. 333-376). Columbus, OH: Charles E. Merrill.

Barber, T. X. (1999). A comprehensive three-dimensional theory of hypnosis. In I. Kirsch, E. Cardena, & S. Amigo (Eds.), *Clinical hypnosis and self-regulation: Cognitive-behavioral perspectives* (pp. 21-48). Washington, DC: American Psychological Association.

Barber, T. X., & Calverley, D. S. (1964). Toward a theory of "hypnotic" behavior: Effects on suggestibility of defining response to suggestion as easy. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 68,* 585-592.

Barber, T. X., Spanos, N. P, & Chaves, J. F. (1974). *Hypnosis, imagination, and human potentialities.* New York: Pergamon Press.

Barkley, R. A., Hastings, J. E., & Jackson, T. L. (1977). The effects of rapid smoking and hypnosis in the treatment of smoking behavior. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 25, 1A1.*

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic.* New York: Guilford Press.

Basker, M. A. (1985). Hypnosis in the alleviation of the smoking habit. In D. Waxman, P. C. Misra, M. Gibson, & M. Basker (Eds.), *Modern trends in hypnosis* (pp. 269-276). New York: Plenum Press.

Bates, B. L. (1993). Individual differences in response to hypnosis. In J. Rhue, S. Lynn, & I. Kirsch(Eds.), *Handbook of clinical hypnosis (pp.* 23-54). Washington, DC: American Psychological Association.

Baum, A., Cohen, L., & Hall, M. (1993). Control and intrusive memories as possible determinants of chronic stress. *Psychosomatic Medicine, 55,* 274-286.

Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry, 10,* 561-571.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York: International Universities Press.

Beck, A. T, Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression: A treatment manual.* New York: Guilford Press.

Beck, A. T, Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8,* 77-100.

Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond.* New York: Guilford Press.

Beecher, H. K. (1955). The powerful placebo. *Journal of the American Medical Association, 159,* 1602-1606.

Benivieni, A. (1954). De *abditis nonnullis ac mirandis morborum et sanationumcausis.* [On the hidden and marvelous causes of disease and healing]. Springfield, IL: Thomas.

Ben-Zvi, Z., Spohn, W. A., Young, S. H., & Kattan, M. (1982). Hypnosis for exercise-induced asthma. *American* Review *of Respiratory Disease,* 125, 392-395

Bemheim, H. (1887). *Suggestive therapeutics: A treatise on the nature and uses of hypnotism* (C. A. Herter, Trans.). Westport, CT: Associated Booksellers. (Original work published 1886).

Bikel, O. (Producer). (1995). *Divided memories* [Television series episode]. Frontline. Washington, DC: Public Broadcasting Service.

Binet, A. (1892). *Alterations of the personality.* Paris: Felix Alcan.

Binet, A., & Fere, C. (1888). *Animal magnetism.* New York: Appleton.

Black, D. R., Coe, W. C., Friesen, J. G., & Wurzmann, A. G. (1984). Minimal interventions for weight control: A cost-effective alternative. *Journal of Addictive Behaviors,* 9, 279-285.

Blankfield, R. P. (1991). Suggestion, relaxation, and hypnosis as adjuncts in the care of surgery patients: A review of the literature. *American Journal of Clinical Hypnosis, 33,* 1782-1786.

Bliss, E. L. (1984). Hysteria and hypnosis. *Journal of Nervous and* Mental *Disease, 172,* 203-206.

Bohart, A. C, Elliott, R., Greenberg, L. S., & Watson, J. C(2002). Empathy. InJ. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 89-108). London: Oxford University Press.

Bolocofsky, D. N., Spinier, D., & Coulthard-Morris, L. (1985). Effectiveness of hypnosis as an adjunct to behavioral weight management. *Journal of Clinical Psychology, 41,* 35-41.

Borkovec.T. D. (1999, March). New *developments in the treatment of worry.* Paper presented at the advanced practice symposium at the national conference of the Anxiety Disorders Association of America, San Diego, CA.

Borkovec, T. D. (2002). Life in the future versus life in the present. *Clinical Psychology: Science and Practice,* 9, 76-80.

Borkovec, T. D., & Newman, M. G. (1998). Worry and generalized anxiety disorder. In P. Salkovskis, A. S. Bellack, & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology: Vol. 6. Adults: Clinical formulation and treatment (pp.* 439-459). New York: Pergamon Press.

Borkovec, T. D., & Wishman, M. A. (1996). Psychosocial treatment of generalized anxiety disorder. In M. Mavissakalian & R. Prien (Eds.), *Long-term treatments of anxiety disorders* (pp. 171-199). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Bowers, K. S., & Davidson, T. M. (1991). A neodissociative critique of Spanos's social-psychological model of hypnosis. In S. J. Lynn&J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 105-143). New York: Guilford Press.

Braffman, W., & Kirsch, 1.(1999). 1 maginative suggestibility and hypnotizability: An empirical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology,* 77, 578-587.

Braid, J. (1843). *Neurypnology, or the rationale of nervous sleep considered in relation with animal magnetism.* London: Churchill.

Bremner, J. D., Randall, P. K., Southwick, S. M., Krystal, J. H., Ignis, R. B., & Chamey, D. S. (1995). Stress-induced changes in memory and development. *American Psychiatric Association and Syllabus Proceedings* Summary, 148, 112.

Brom, D., Kleber, R.J.,& Defare, P. B. (1989). Brief psychotherapy for post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 87, 607-612.

Brown, D. P. (1992, October). *The bubble induction.* Handout and technique demonstrated at the Workshop of Acute and Chronic Pain, SCEH Annual Scientific Meeting, Washington, DC.

Brown, D. R, & Fromm, E. (1986). *Hypnotherapy andhypnoanalysis.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Brown, D. P., Scheflin, A. W., & Hammond, D. C. (1998). *Memory, trauma treatment, and the law.* New York: Norton.

Brown, P. (1993). Hypnosis and metaphor. In J. W. Rhue, S. J. Lynn, & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis (pp.* 291-308). Washington, DC: American Psychological Association.

Brown, T. A., DiNardo, R, & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedulefor DSM— IV.* San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Camatte, R., Gerolami, A., & Sarles, H. (1969). Comparative study of the action of different treatments and placebos on pain crises of gastro-duodenal ulcers. *Clinica Terapeutica, 49,* 411-419.

Canadian Psychiatric Association. (1996). Position statement: Adult recovered memories of childhood sexual abuse. *Canadian Journal of Psychiatry,* 41, 305-306.

Cancer doctors urge focused war against tobacco. (2003, May 31). *Yahoo News.* Retrieved August 23, 2005, from http://62.149.229.227/forcesarc/10fl/money-mouth.htm

Cardena, E. (2000). Hypnosis in the treatment of trauma: A promising, but not fully supported, efficacious intervention. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 48,* 225-238.

Cardena, E., Maldonado, J., Van der Hart, O., & Spiegel, D. (2000). Hypnosis. In E. B. Foa, T. M. Keane, & M. J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD* (pp. 247-279). New York: Guilford Press.

Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66,* 7-18.

Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology, 52,* 685-716.

Charcot, J. M. (1889). *Clinical lectures on the diseases of the nervous system: Vol. 3.* London: New Sydenham Society.

Chaves, J. F. (1989). Hypnotic control of clinical pain. InN. P. Spanos&J. F. Chaves (Eds.), *Hypnosis: The cognitive-behavioral perspective {pp.* 242-272). Buffalo, NY: Prometheus Books.

Chaves, J. F. (1993). Hypnosis in pain management. In J. W. Rhue & S. J. Lynn (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 511 -532). Washington, DC: American Psychological Association.

Chaves, J. F. (1997a). The state ofthe “state” debate in hypnosis: A view from the cognitive-behavioral perspective. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* 45, 251-265.

Chaves, J. F. (1997b). Hypnosis in dentistry: Historical overview and critical appraisal. *Hypnosis International Monographs, 3,* 5-23.

Chaves, J.F. (2000). Hypnosis in the management of anxiety associated with medical conditions and their treatment In D. I. Mostofsky&D. H. Barlow(Eds.), *The management of stress and anxiety in medical disorders* (pp. 119-142). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Chaves, J. F., & Barber, T. X. (1976). Hypnotic procedures and surgery. A critical analysis with applications to “acupuncture analgesia.” *American Journal of Clinical Hypnosis, 8,* 217-236.

Chaves, J. F., & Brown, J. (1987). Spontaneous cognitive strategies for the control of clinical pain and stress. *Journal of Behavioral Medicine, 10,* 263-275.

Clarke, J. J. (1996). Teaching clinical hypnosis in U.S. and Canadian dental schools. *American Journal of Clinical Hypnosis,* 39, 89-92.

Coe, W. C., & Ryken, K. (1979). Hypnosis and risks to human subjects. *American Psychologist, 34,* 673-681.

Coe, W. O., & Sarbin, T. R. (1991). Role theory: Hypnosis from a dramaturgical and nanational perspective. In S. J. Lynn&J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 303-323). New York: Guilford Press.

Cohen, S. B. (1989). Clinical uses of measures of hypnotizability. *American Journal of Clinical Hypnosis, 32,* 4-9.

Coker, S., Vize, C., Wade, T.,& Cooper, P. J. (1993). Patients with bulimia nervosa who fail to engage in cognitive behavior therapy. *Internationa! Journal of Eating Disorders, 13,* 35-40.

Colletti, G., Supnick, J. A., & Payne, T. J. (1985). The smoking self-efficacy questionnaire (SSEQ): Preliminary scale development and validation. *Behavioral Assessment, 7,* 249-260.
Comey, G., & Kirsch, I. (1999). Intentional and spontaneous imagery in hypnosis: The phenomenology of hypnotic responding. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 47,* 65-85.
Cooley, E., &LaJoy, R. (1980). Therapeutic relationship and improvement as seen by clients and therapists. *Journal of Clinical Psychology.*, 36, 562-570.
Cooper, M. J., & Fairbum, C. (1987). The Eating Disorders Examination: A semi-structured interview for the specific pathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 6,* 1-8.
Cooper, M. J., Todd, G., & Wells, A. (2000). *Bulimia nervosa: A cognitive therapy program for clients.* London: Jessica Kingsley.
Covino, N. P., Jimerson, D. C., Wolfe, E., Franko, D. L., & Frankel, F. H. (1994). Hypnotiza-bility, dissociation, and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology, 103,*455-459.
Craighead, L. W. (2002). Obesity and eating disorders. In M. M. Antony & D. H. Barlow (Eds.), *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (pp. 300-340). New York: Guilford Press.
Craighead, W. E. (2002). Psychosocial treatments for major depressive disorder. In P. E. Nathan & J. E. Gorman (Eds.), A *guide to treatments that work* (2nd ed., pp. 245-262). New York: Oxford.
Crasilneck, H., & Hall, J. (1975). *Clinical hypnosis.* New York: Grune & Stratton.
Crawford, H. J., Hilgard, J. R., & MacDonald, H. (1982). Transient experiences following hypnotic testing and special termination procedures. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 30,* 117-126.
Davidson, L. M., & Baum, A. (1993). Predictors of chronic stress among Vietnam veterans: Stressor exposure and intrusive recall. *Journal of Traumatic Stress, 6,* 195-202.
Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2004). Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: A review of meta-analytic findings. *Journal of Clinical Psychology, 60,*429-444.
Dean, E. T. (1998). *Shook-over hell: Posttraumatic stress, Vietnam, and the Civil War.* Cambridge, MA: Harvard University Press.
de Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy.* New York: Norton.
Devine, D. A., & Femald, P. S. (1973). Outcome effects of receiving a preferred, randomly assigned, or nonpreferred therapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 41,*104-107.
Diamond, M. J. (1989). Is hypnotherapy art or science? *American Journal of Clinical Hypnosis, 32,*11-12.
Dillard, J. (1991). The current status of research on sequential-request compliance techniques. *Personality and Social Psychology Bulletin, 17,* 283-288.
Dixon, M., & Laurence, J. (1992). Two hundred years of hypnosis research: Questions resolved? Questions unanswered! InE. Fromm & M. Nash (Eds.), *Contemporary hypnosis research* (pp. 34-66). New York: Guilford Press.
DuBreuil, S., & Spanos, N. P. (1993). Psychological treatment of warts. In J. W. Rhue, S. J. Lynn, & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 623-648). Washington, DC: American Psychological Association.
Edmonston, W. E. (1981). *Hypnosis and relaxation:* Modem *verification of an old equation.* New York: Wiley.
Edmonston, W. E. (1991). Anesis. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 197-240). New York: Guilford Press.
Edwards, S. D., & vander Spuy, H. (1985). Hypnotherapy as a treatment for enuresis. *Journal of Child Clinical Psychology, Psychiatry and Allied Health Disciplines,* 26, 161-170.
Ellenberger, H. F. (1970). *The discovery of the unconscious.* New York: Basic Books.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy.* Secaucus, NJ: Lyle Stuart.
Ellis, A., & Dryden, W. (1997). 77re*practice of rational—emotive behavior therapy* (2nd ed.). Secaucus, NJ: Birscj Lane.
Enqvist, B., Bjorklund. C, Engman, M., &. Jakobsson, J. (1997). Preoperative hypnosis reduces postoperative vomiting after surgery of the breasts. A prospective, randomized and blinded study. *Acta Anaesthiologica Scandinavica, 41,* 1028-1032.
Enqvist, B., von Konow, L., & Bystedt, H. (1995). Pre- and perioperative suggestion in maxillofacial surgery: Effects on blood loss and recovery. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 43,* 284-294.
Erdelyi, M. (1994). Hypnotic hypermnesia: The empty set of hypermnesia. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 42,* 379-390.
Erickson, M. H., Rossi, E. L., & Rossi, S. I. (1976). *Hypnotic realities: The induction of clinical hypnosis and forms of indirect suggestion.* New York: Irvington.
Ewer, T. C, & Stewart, D. E. (1986). Improvement in bronchial hyper-responsiveness in patients with moderate asthma after treatment with a hypnotic technique: a randomised controlled trial. *British Medical Journal (Clinical Research), 293,* 1129-1132.
Fairburn, C. G. (1985). Cognitive-behavioral treatment for bulimia. In D. M. Garner & P. E. Garfmkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders (*pp. 160-192). New York: Guilford Press.
Fairburn, C. G. (1997). Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfmkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed., pp. 278-294). New York: Guilford Press.
Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 147,* 401-408.
Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C, Hope, R. A., & O'Connor, M. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa: The longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry, 50,* 419-428.
Fairburn, C. G., Marcus, M. D., & Wilson, G. T. (1993). Cognitive behavior therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. I n C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 361-404). New York: Guilford Press.
Fairburn, C G., Norman, P. A., Welch, S. L., O'Connor, M. E., Doll, H. A., & Peveler, R. C. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry, 52,* 304-312.
Fairburn, C. G., & Wilson, T. (1993). *Binge eating: Nature and assessment.* London: Guilford Press.
Farvolden, P., & Woody, E. Z. (2004). Hypnosis, memory, and frontal executive functioning. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 52,* 3-26.
Faymonville, M. E., Laureys, S., Degueldre, C., Del Fiore, G., Luxen, A., Franck, G.,etal. (2000). Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. *Anesthesiology, 92,* 1257-1265.
Faymonville, M. E., Mambourg, P. H., Joris, J., Vrijens, B., Fissette, J., Albert, A., & Lamy, M. (1997). Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: A prospective randomized study. *Pain, 73,* 361-367.
Federoff, I. C., &Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 21,* 311-324.
Fellows, B. J. (1995). Critical issues arising from the APA definition and description of hypnosis. *Contemporary Hypnosis, 12,* 74-81.
Feske, U,, & Chambless, D. L. (1995). Cognitive-behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy, 26,* 695-720.
Finkelstein, S. (2003). Rapid hypnotic inductions and therapeutic suggestions in the dental setting. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 51,* 77-85.

First, M. B., Spitzer, R. L,, Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders: SC1-1 Clinical Version.* Washington, DC: American Psychiatric Association.

Fish, J. M. (1996). Prevention, solution focused therapy, and the illusion of mental disorders. *Applied and Preventive Psychology, 5,* 37-40.

Foa, E., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99,* 20-35.

Foa, E., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD.* New York: Guilford Press.

Foa, E., Steketee, G., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy, 20,*155-176.

Frankel, F. H. (1994). Dissociation in hysteria and hypnosis: A concept aggrandized. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 80-93). New York: Guilford Press.

Frankel, F. H., & Ome, M. T. (1976). Hypnotizability and phobic behavior. *Archives of General Psychiatry,* 33, 1259-1261.

Franldin, B., Majault, S., LeRoy, J. B., Sallin, B., Bailly, J. S., D'Arcet, J., et al. (1970). Report on animal magnetism. In M. M. Tmterow (Ed.), *Foundations of hypnosis: From Mesmer to Freud* (pp. 82-128). Springfield, IL: Charles C. Thomas. (Original work published 1785)

Frauman, D., & Lynn, S. J. (1985). Rapport factors in hypnosis: A literature review. In G. Guantieri (Ed.), *Hypnosis in psychotherapy and psychosomatic medicine.* Verona, Italy: Post-Universitarie Verona.

Frauman, D., Lynn, S. J., Hardaway, R., & Molteni, A. (1984). Eflects of subliminal symbiotic activation on hypnotic rapport and susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology, 93,* 481-483.

Freud, S. (1961). The unconscious. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14,pp. 166-204). London: Hogarth Press. (Original work published 1915)

Fried, R. L. (1999). *Breathe welt, be well: A program to relieve stress, anxiety, asthma, hypertension, migraine, and other disorders for better health.* New York: Wiley.

Friedman, H., & Taub, H. A. (1984). Brief psychological training procedures in migraine treatment. *American Journal of Clinical Hypnosis, 26,* 187-200.

Friedman, M. A., & Wishman, M. A. (1998). Sociotrophy, autonomy, and bulimic symptomatology. *International Journal of Eating Disorders, 23,* 439-442.

Friedman, M. J., Davidson, J. R., Mellman, T. A., & Southwick, S. M. (2000). Pharmacotherapy. In E. B. Foa, T. M. Keane, & M. J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD* (pp. 84-105). New York: Guilford Press.

Fromm, E. (1979). The nature of hypnosis and other altered states of consciousness: An ego-psychological theory. In E. Fromm & R. Shor (Eds.), *Hypnosis: Developments in research and new perspectives* (2nd ed., pp. 81-103). Chicago: Aldine.

Fromm, E., &Nash, M. R. (1992). *Contemporary hypnosis research.* New York: Guilford Press.

Fromm, E., & Nash, M. R. (1997). *Mental Health Library Series: No.* 5. *Hypnosis and psychoanalysis.* Guilford, CT: International Universities Press.

Gamer, D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory—2professional manual.* Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Gamer, D. M., &Bemis, K. M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research, 6,* 123-150.

Gamer, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 9,* 273-279.

Garry, M., & Polaschek, D. L. L. (2000). Imagination and memory. *Current Directions in Psychological Science,* 9, 6-10.

Garske, J. P. (1991). Clinical hypnosis and anorexia nervosa: Is therapeutic convergence feasible? *Contemporary Hypnosis, 8,* 86-94.
Gauld, A. (1996). *A history of hypnotism.* Cambridge, England: Cambridge University Press.
Geisser, M. E., Roth, R. S., Bachman, J. E., & Eckert, T. A. (1996). The relationship between symptoms of post-traumatic stress disorder and pain, affective disturbance and disability among patients with accident and non-accident related pain. *Pain, 66,*207-214.
Gelfand, S., Ullman, L. R, & Krasner, L. (1963). The placebo response: An experimental approach. *Journal of Nervous and Mental Disease, 136,* 379-387.
Gevertz, L. (1996). Mirror, mirror, on the wall. *Contemporary Hypnosis,* 13, 80-83.
Gfeller, J. D. (1993). Enhancing hypnotizability and treatment responsiveness. In J. W. Rhue, S. J. Lynn, & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 235-250). Washington, DC: American Psychological Association.
Gfeller, J., Lynn, S. J., & Pribble, W. (1987). Enhancing hypnotic susceptibility: Interpersonal and rapport factors. *Journal of Personality and Social Psychology, 52,* 586-595.
Gill, M. M., & Brenman, M. (1959). *Hypnosis and related states: Psychoanalytic studies in regression.* New York: International Universities Press.
Gillett, R, & Coe, W. C (1984). The effects of rapid induction analgesia (RIA), hypnotic susceptibility and the severity of discomfort on reducing dental pain. *American Journal of Clinical Hypnosis, 27,* 81-90.
Goldstein, A. J., & Chambless, D. L. (1978). Areanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy, 9,* 47-59.
Gonsalkorale, W., Miller, V., Afzal, A., & Whorwell, P. J. (2003). Long-term benefits of hypnotherapy for irritable bowel syndrome. *Gut, 52,* 1623-1629.
Gorassini, D. R., & Spanos, N. P. (1986). Asocial-cognitive skills approach to the successful modification of hypnotic susceptibility. *Journal of Personality and Social Psychology, 50,* 1004-1012.
Gorassini, D. R., & Spanos, N. P. (1999). The Carleton Skill Training Program. Ini. Kirsch, A. Capafons, E. Cardena, & S. Amigo (Eds.), *Clinical hypnosis and self-regulation: Cognitive-behavioral perspectives* (pp. 141 -177). Washington, DC: American Psychological Association.
Gould, R. A., Buckminster, S., Pollack, M. H., Otto, M. W., & Yap, L. (1997). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 8,* 819-844.
Gould, R. A., Otto, M. W., Pollack, M. H., & Yap, L. (1977). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis. *Behavior Therapy, 28,* 285-305.
Gravitz, M. A. (1991). Early theories of hypnosis: A clinical perspective. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 19-42). New York: Guilford Press.
Green, J. P. (1996). Cognitive-behavioral hypnotherapy for smoking cessation: A case study in a group setting. In S. J. Lynn, I. Kirsch, & J. W. Rhue (Eds.), *Casebook of clinical hypnosis* (pp. 223-248). Washington, DC: American Psychological Association.
Green, J. P. (2000). Treating women who smoke: The benefits of using hypnosis. In L. Hornyak & J. P. Green (Eds.), *Healing from within: The use of hypnosis in women's health care* (pp. 91-118). Washington, DC: American Psychological Association.
Green, J. R, Barabasz, A., Barrett, D., & Montgomery, G. H. (2005). Forging ahead: The 2003 APA Division 30 definition of hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 53,* 259-264.
Green, J. P., &. Lynn, S. J. (2000). Hypnosis and suggestion-based approaches to smoking cessation: An examination of the evidence. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 48,* 195-224.

Green, J. P., Lynn, S. J., Weekes, J. R., Carlson, B., Brentar, J., Latham, L., & Kurzhals, R. (1990). Literalism as a marker of hypnotic “trance”: Disconflrming evidence. ***Journal of Abnormal Psychology, 99,*** 16-21.

Greenwald, A. G., Draine, S. C., & Abrams, R. L. (1996, September 20). Three cognitive markers of unconscious semantic activation. ***Science, 273,***1699-1702.

Griffiths, R. A. (1984). Hypnosis in the treatment of bulimia nervosa: A case study. ***Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 12,*** 105-112.

Griffiths, R. A. (1989). Hypnobehavioral treatment for bulimia nervosa: Preliminary findings. ***Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,*** 17(1), 79-87.

Griffiths, R. A. (1995). Hypnobehavioral treatment for bulimia nervosa: A treatment manual. ***Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 23,*** 25-40.

Griffiths, R. A. (1997). Hypnosis as an adjunct in the treatment of bulimia nervosa. In B. J. Evans, G. J. Coman, & G. D. Burrows (Eds.), ***Hypnosis for weight management and eating disorders*** (pp. 164-178). Victoria, Australia: The Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis.

Griffiths, R. A., & Channon-Little, L. (1993). The hypnotizability of patients with bulimia nervosa and partial syndromes participating in a controlled treatment outcome study. ***Contemporary Hypnosis, 10,*** 81-87.

Gross, M. (1983). Hypnosis in the therapy of anorexia hysteria. ***American Journal of Clinical Hypnosis, 14,***1-8.

Gruzelier, J. (1996). The state of hypnosis: Evidence and applications. ***Quarterly Journal of Medicine, 89,*** 313-317.

Haanen, H. C., Hoenderdos, H. T, van Romunde, L. K., Hop, W. C., Mallee, C., Terwiel, J. P., & Hekster, G. B. (1991). Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of refractory fibromyalgia. ***Journal of Rheumatology, 18,*** 72-75.

Hammond, D. C. (1990). ***Handbook of hypnotic suggestions and metaphors.*** New York: Norton.

Hammond, D. C. (1992). ***Manual for self-hypnosis.*** Des Plaines, IL: American Society of Clinical Hypnosis.

Hammond, D. C., Garver, R. B., Mutter, C. B., Crasilneck, H. B., Frischolz, E., Gravitz, M. A., et al. (1995). ***Clinical hypnosis and memory: Guidelines for clinicians and for forensic hypnosis.*** Des Plaines, IL: American Society of Clinical Hypnosis.

Harmon, T. M., Hynan, M. T, & Tyre, T. E. (1990). Improved obstetric outcomes using hypnotic analgesia and skill mastery combined with childbirth education. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58,*** 525-530.

Hasegawa,H.,&Jamieson,G.A. (2002). Conceptual issues in hypnosis research: Explanations, definitions and the state/non-state debate. ***Contemporary Hypnosis, 19,***103-117.

Haxby, D. G. (1995). Treatment of nicotine dependence. ***American Journal of Health-System Pharmacy, 52,*** 265-281.

Hayes, S. C. (2002). Buddhism and acceptance and commitment therapy. ***Cognitive and Behavioral Practice, 9,*** 58-66.

Hayes, S. C., & Gifford, E. V. (1997). The trouble with language: Experiential avoidance, rules, and the nature of verbal events. ***Psychological Science, 8,*** 170-174.

Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). ***Acceptance and commitment therapy.*** New York: Guilford Press.

Healy, D. (2003). Lines of evidence on the risks of suicide with selective serotonin reuptake inhibitors. ***Psychotherapy and Psychosomatics,*** 72(2), 71-79.

Healy, D., & Whitaker, C. (2003). Antidepressants and suicide: Risk-benefit conundrums. ***Journal of Psychiatry and Neuroscience, 28,*** 331-337.

Heide, F. J., & Borkovec, T. D. (1983). Relaxation induced anxiety: Paradoxical anxiety enhancement due to relaxation training. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51,*** 171-182.

Heimberg, R. G., & Juster, H. R. (1995). Cognitive-behavioral treatments: Literature review. InR. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, &. F. R. Schneier(Eds.), *Socialphobia. Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 261-309). New York: Guilford Press.

Henry, D. (1985). *Subjects' expectancies and subjective experience of hypnosis.* Unpublished doctoral dissertation, University of Connecticut, Storrs.

Hilgard, E. R. (1965). *Hypnotic susceptibility.* New York: Harcourt, Brace & World.

Hilgard, E. R. (1973).The domain ofhypnosis: With some comments on alternate paradigms. *American Psychologist, 28,* 972-982.

Hilgard, E. R. (1977). *Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action.* New York: Wiley.

Hilgard, E. R. (1986). *Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action* (Expanded ed.). New York: Wiley.

Hilgard, E. R. (1991). A neodissociation interpretation ofhypnosis. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis* (pp. 83-104). New York: Guilford Press.

Hilgard, E. R. (1994). Neodissociation theory. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical, theoretical and research perspectives* (pp. 32-51). New York: Guilford Press.

Hilgard, E. R., Crawford, H. J., Bowers, K., & Kihlstrom, J. (1979). A tailored SHSS: C, permitting user modification for special purposes. *InternationaI Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 27,* 125-133.

Hoek, H. W. (1991). The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in primary care. *Psychological Medicine, 21,* 455-460.

Hofbauer, R. K., Rainville, R, Duncan, G. H., & Bushnell, M. C (2001). Cortical representation of the sensory dimension of pain. *Journal of Neurophysiology, 86,* 402-411.

Hollon, S. D., Shelton, R. C., & Loosen, P. T. (1991). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,* 88-99.

Holroyd, J. D. (1980). Hypnosis treatment for smoking: An evaluation review. *Internationa! Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 4,* 241-357.

Holroyd, J. D. (1996). Hypnotic treatment of clinical pain: Understanding why hypnosis is useful. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 44,* 33-51.

Homyak, L. M. (1996). Hypnosis in the treatment of anorexia nervosa. In S. J. Lynn, I. Kirsch, &J. W. Rhue (Eds.), *Casebook of clinical hypnosis (pp.* 51 -73). Washington, DC: American Psychological Association.

Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work.* New York: Oxford University Press.

Hull, C. L. (1933). *Hypnosis and suggestibility: An experimental approach.* N ew York: Appleton-Century-Crofts.

Hunt, W., & Bespalec, D. (1974). An evaluation of current methods of modifying smoking behaviors. *Journal of Clinical Psychology, 30,* 431-438.

Hyman, I. E., Jr., Husband, T. H., & Billings, F. J. (1995). False memories of childhood experiences. *Applied Cognitive Psychology, 9,* 181-197.

Hyman, 1. E., Jr., & Pentland, J. (1996). The role of mental imagery in the creation of false childhood memories. *Journal of Memory and Language, 35,* 101-117.

Institute of Medicine. (2004). *Improving medical education: Enhancing the behavioral and social science content of medical school.* Washington, DC: National Academies Press.

Jacka, B.T. (1997). Weight management: A cognitive-behavioral approach, using hypnosis as atreatment strategy. In B. J. Evans, G. J. Coman, & G. D. Burrows (Eds.), *Hypnosis for weight management and eating disorders* (pp. 104-113). Victoria, Australia: The Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis.

Jacknow, D. S., Tschann, J. M., Link, M. P, & Boyce, W. T. (1994). Hypnosis in the prevention of chemotherapy-related nausea and vomiting in children: A prospective study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 15,* 258-264.

Janet, P. (1973). *L'automatismepsychologique* [Psychological automatism]. Paris: Societe Pierre Janet. (Original work published 1889)

Jeffrey, L. K., & Jeffrey, T. B. (1988). Exclusion therapy in smoking cessation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 37,* 70-74.

Jeffrey, T. B., Jeffrey, L. K., Grueling, J. W., & Gentry, W. R. (1985). Evaluation of a brief group treatment package including hypnotic induction for maintenance of smoking cessation: A brief communication. *Internationa! Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 33,* 95-98.

Johnston, E., & Donoghue, J. (1971). Hypnosis and smoking: A review of the literature. *American Journal of Clinical Hypnosis, 13,* 265-272.

Joiner, T. E., Heatherton, T. R., Rudd, M. D., & Schmidt, N. B. (1997). Perfectionism, perceived weight status, and bulimic symptoms: Two studies testing a diathesis stress model. *Journal of Abnormal Psychology, 106,* 145-153.

Jones, J. G, & Barlow, D. H. (1990). The etiology of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 10,* 299-328.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10,* 144-156.

Kallio, S., & Revonsuo, A. (2003). Hypnotic phenomena and altered states of consciousness: A multilevel framework of description and explanation. *Contemporary Hypnosis,* 20,111 -164.

Kallio, S., Revonsuo, A., Hamalainen, H., Markela, J., & Gruzelier, J. (2001). Anterior brain functions and hypnosis: A test of the frontal hypothesis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 49,* 95-108.

Kanfer, F. H., & Grimm, L. G. (1978). Freedom of choice and behavioral change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46,* 873-878.

Keane, T. M., Solomon, S., & Maser, J. (1996, November). *NIMH-National Center for PTSD assessment standardization conference.* Paper presented at the 12lh annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Francisco, CA.

Keefe, F. J., Brown, G. K., Wallston, K. A., & Caldwell, D. S. (1989). Coping with rheumatoid arthritis pain: Catastrophizing as a maladaptive strategy. *Pain, 37,* 51-56.

Keefe, F. J., Caldwell, D. S., Baucom, D., Salley, A., Robinson, E.,Timmons, K.,etal. (1999). Spouse-assisted coping skills training in the management of knee pain in osteoarthritis: Long-term follow-up results. *Arthritis Care and Research, 12(2),* 101-111.

Kessler, R. C., McGonagale, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 51,* 8-19.

Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. (1995). Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52,* 1048-1060.

Kihlstrom, J. F. (1992). Hypnosis: A sesquicentennial essay. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 50,* 301-314.

Kihlstrom, J. F. (1997). Convergence in understanding hypnosis? Perhaps, but perhaps not quite so fast. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 45,* 324-332.

Kihlstrom, J. F. (1998a). Dissociations and dissociation theory in hypnosis: Comment on Kirschand Lynn (1998). *Psychological Bulletin, 123,* 186-191.

Kihlstrom, J. F. (1998b). Hypnosis and the psychological unconscious. In H. J. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health* (Vol. 2, pp. 467-477). San Diego: Academic Press.

Kihlstrom, J. F. (2003). The fox, the hedgehog, and hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 51,* 166-189.

Kihlstrom, J. F. (2005). Is hypnosis an altered state of consciousness *or what!* [Commentary on “Hypnotic Phenomena and Altered States of Consciousness: A Multilevel Framework

of Description and Explanation” by S. Kallio & A. Revonsuo]. *Contemporary Hypnosis, 22,* 34-38.
Kileen, R R., & Nash, M. R. (2003). The four causes of hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 51,* 195-231.
Kilpatrick. D. G. (1983). Rape victims: Detection, assessment, and treatment. *The Clinical Psychologist,* 36, 92-95.
Kirsch, I. (1978). Demonology and the rise of science: An example of the misperception of historical data. *Journal of the History of the Behavioral Sciences, 14,* 149-157.
Kirsch, I. (1980). Demonology and science during the scientific revolution. *Journal of the History of the Behavioral Sciences, 16,* 359-368.
Kirsch, 1. (1985). Response expectancy as a determinant of experience and behavior. *American Psychologist, 40,* 1189-1202.
Kirsch, I. (1990). *Changing expectations: A key to effective psychotherapy.* Pacific Grove, CA: Brooks/Coie.
Kirsch, I. (1991). The social learning theory of hypnosis. In S. J. Lynn & J. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 439-466). New York: Guilford Press.
Kirsch, I. (1994a). Defining hypnosis for the public. *Contemporary Hypnosis, 11,* 142-143.
Kirsch, 1. (1994b). Clinical hypnosis as a nondeceptive placebo: Empirically derived techniques. *American Journal of Clinical Hypnosis, 37,* 95-106.
Kirsch, I. (1997a). Response expectancy theory and application: A decennial review. *Applied and Preventive Psychology, 6,* 69-79.
Kirsch, I. (1997b). Suggestibility or hypnosis: What do our scales really measure? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 45,* 212-225.
Kirsch, 1., & Braffman, W. (2001). Imaginative suggestibility and hypnotizability. Current *Directions in Psychological Science, 10,* 57-61.
Kirsch, I., & Council, J. R. (1992). Situational and personality correlates of suggestibility. In E. Fromm & M. Nash (Eds.), *Contemporary hypnosis research* (pp. 267-292). New York: Guilford Press.
Kirsch, I., Council, J. R., & Mobayed, C. (1987). Imagery and response expectancy as determinants of hypnotic behavior. *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis, 4,* 25-31.
Kirsch, I., & Lynn, S. J. (1995). The altered state of hypnosis: Changes in the theoretical landscape. *American Psychologist, 50,* 846-858.
Kirsch, I., & Lynn, S. J. (1998). Dissociation theories of hypnosis. *Psychological Bulletin, 123,* 100-115.
Kirsch, I., & Lynn, S. J. (1999). The automaticity ofbehavior in clinical psychology. *American Psychologist, 54,* 504-575.
Kirsch, I., Mobayed, C. R, Council, J. R, & Kenny, D. A. (1992). Expert judgments of hypnosis from subjective state reports. *Journal of Abnormal Psychology, 101,* 657-662.
Kirsch, I., Montgomery, G., & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63,* 214-220.
Kirsch, L, Moore, T. J., Scoboria, A., & Nicholls, S. S. (2002). The emperor’s new drugs: An analysis of antidepressant medication data submitted to the U.S. Food and Drug Administration. *Prevention and Treatment, 5,* Article 23. Retrieved April 5, 2004, from http://www.journals.apa.org/prevention/volume5/pre0050023a.html
Kirsch, 1., & Sapirstein, G. (1998). Listening to Prozac but hearing placebo: A meta-analysis of antidepressant medication. *Prevention and Treatment, 1,* 0002a. Retrieved April 5, 2004, from http://www.joumals.apa.oig/prevention/volumel/pre0010002a.html
Kirsch, I., Silva, C. E., Carone, J. E., Johnston, J. D., & Simon, B. (1989). The surreptitious observation design: An experimental paradigm for distinguishing artifact from essence in hypnosis. *Journal of Abnormal Psychology, 98(2),* 132-136.

Kirsch, I., Silva, C. E., Comey, G., & Reed, S. (1995). A spectral analysis of cognitive and personality variables in hypnosis: Empirical disconfirmation of the two-factor model of hypnotic responding. *Journal of Personality and Social Psychology, 69,* 167-175.

Herman, G. L., Weissman, M. M, Rounsaville, B. j., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression.* New York: Basic Books.

Klopfer, B. (1957). Psychological variables in human cancer. *Journal of Projective Techniques, 21,* 331-340.

Kohen, D. P., & Olness, K. (1993). Hypnotherapy with children. In J. W. Rhue, S. J. Lynn, & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 357-382). Washington, DC: American Psychological Association.

Kosslyn, S. M., Thompson, W. L., Costantini-Ferrando, M. F., Alpert, N. M., & Spiegel, D. (2000). Hypnotic visual illusion alters color processing in the brain. *American Journal of Psychiatry, 157,* 1279-1284.

Krakauer, S. Y. (2001). *Treating dissociative identity disorder: The power of the collective heart.* Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.

Kramer, H., & Sprenger, J. (1971). *The Malleus Maleficarum of Kramer and Sprenger* (M. Summers, Trans.). Mineola, NY: Dover. (Original work published 1484).

Kroger, W. S. (1977). *Clinical and experimental hypnosis in medicine, dentistry, and psychology* (2nded.). Philadelphia: Lippincott.

Kroger, W. S., & Fezler, W. D. (1976). *Hypnosis and behavior modification imagery conditioning.* Philadelphia: Lippincott.

Kropotov, J. D., Crawford, H. J., & Polyakov, Y. I. (1997). Somatosensory event-related potential changes to painful stimuli during hypnotic analgesia: Anterior cingulate cortex and anterior temporal cortex intracranial recordings. *International Journal of Psychophysiology, 27,* 1-8.

Kuhn, T. S. (1971). *The structure of scientific revolutions* (2nd ed.). Chicago: University of Chicago Press.

Kulka, R. A., Fairbank, J. A., Jordan, B. K., Weiss, W., & Cranston, A. (1990). *Trauma and the Vietnam war generation: Report on the Vietnam Veterans Readjustment Study.* New York: Brunner-Routledge.

Kuttner, L. (1988). Favorite stories: A hypnotic pain-reduction technique for children in acute pain. *American Journal of Clinical Hypnosis, 30,* 289-295.

Labelle, L., Dixon, M., & Laurence, J. R. (1996). Amultivariate approach to the prediction of hypnotic susceptibility. *Internationa! Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 44,* 250-264.

Lambert, S. A. (1996). The effects of hypnosis/guided imagery on the postoperative course of children. *Developmental and Behavioral Pediatrics, 17,* 307-310.

Lambert, S. (1999). Distraction, imagery, and hypnosis techniques for management of children's pain. *Journal of Child and Family Nursing, 2,* 5-15.

Lang, E. V., Benotsch, E. G., Fick, L. J., Lutgendorf, S., Berbaum, M. L., Berbaum, K. S., et al. (2000). Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: A randomised trial. *Lancet, 355,* 1486-1490.

Lang, E. V., Joyce, J. S., Spiegel, D., Hamilton, D., & Lee, K. K. (1996). Self-hypnotic relaxation during interventional radiological procedures: Effects on pain perception and intravenous dmguse. *International journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 44,* 106-119.

Laurence, J.-R. (1997). Hypnotic theorizing: Spring cleaning is long overdue. International *journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 45,* 280-290.

Laurence, J.-R., & Perry, C. (1983a). Forensic use ofhypnosis in the late nineteenth century. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 31,* 266-283.

Laurence, J.-R., & Perry, C. (1983b, November 4). Hypnotically created memory among highly hypnotizable subjects. *Science, 222,* 523-524.

Laurence, J.-R., & Perry, C, (1988). *Hypnosis, wilt and memory: A psycho-legal history.* New York: Guilford Press.
Law, M., & Tang, J. L. (1995). An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. Archives *of Internal Medicine, 155,* 1933-1941.
Lazarus, A. A. (1973). "Hypnosis" as a facilitator in behavior therapy. International *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 21,* 25-31.
Levitt, E. E. (1993). Hypnosis in the treatment of obesity. In J. W. Rhue, S. J. Lynn, & 1. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 533-554). Washington, DC: American Psychological Association.
Lewinsohn, P. M., Striegel-Moore, R. H., & Seeley, J. R. (2000). Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychology, 13,* 1284-1292.
Liberman, R. (1964). An experimental study of the placebo response under three different situations of pain. *Journal of Psychiatric Research, 2(4),* 223-246.
Linehan, M. M. (1994). Acceptance and change: The central dialectic in psychotherapy. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, & M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp. 73-86). Reno, NV: Context Press.
Liossi, C., & Hatira, P. (1999). Clinical hypnosis versus cognitive behavioral training for pain management with pediatric cancer patients undergoing bone marrow aspirations. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 47,* 104-116.
Litz, B.T., Blake, D. D., Gerardi, R. G., & Keane, T. M. (1990). Decision making guidelines for the use of direct therapeutic exposure in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy, 13,* 91-93.
Loflus, E. F,, & Pickrell, J. E. (1995). The formation of false memories. *Psychiatric Annals, 25,* 720-725.
Lynn, S. J. (1997). Automaticity and hypnosis: Asociocognitive account. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 45,* 239-250.
Lynn, S. J. (2000). Hypnosis, the hidden observer, and not-so-hidden informed consent. *American Journal of Clinical Hypnosis, 43,* 105-106.
Lynn, S. J.,Brentar,J., Carlson, B.,Kurzhals, R., & Green, J. (1992). Posthypnotic experiences: A controlled investigation. InW. Bongartz(Ed.), *Hypnosis theory and research.* Konstanz, Germany: University ofKonstanz Press.
Lynn, S. J., & Fite, R. (1998). Will the false memory debate increase acceptance of the sociocognitive model of hypnosis? *Contemporary Hypnosis, 15,*171-174.
Lynn, S. J., & Garske, J. (Eds.). (1985). *Contemporary psychotherapies: Models and methods.* Columbus, OH: Charles E. Merrill.
Lynn, S. J., Green, J. P., Jacquith, L., & Gasior, D. (2003). Hypnosis and performance standards. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 51,* 51-65.
Lynn, S. J., & Hallquist, M. (2004). Toward a scientific understanding of Milton Erickson's strategies and tactics: Hypnosis, response sets and common factors. *Contemporary Hypnosis, 21,* 63-78.
Lynn, S. J., Kirsch, L, Barabasz, A., Cardena, E., & Patterson, D. (2000). Hypnosis as an empirically supported adjunctive technique: The state of the evidence. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 48,* 343-361.
Lynn, S. J., Kirsch, I., Neufeld, V, & Rhue, J. (1996). Clinical hypnosis: Assessment, applications, and treatment considerations. In S. J. Lynn, 1. Kirsch, & J. W. Rhue (Eds.), *Casebook of clinical hypnosis* (pp. 3-30). Washington, DC: American Psychological Association.
Lynn, S. J., Kirsch, I., & Rhue, J. W. (1996). Maximizing treatment gains: Recommendations for the practice of clinical hypnosis. In S. J. Lynn, 1. Kirsch, & J. W. Rhue (Eds.), *Casebook of clinical hypnosis* (pp. 395-406). Washington, DC: American Psychological Association.

Lynn, S. J., & Kvaal, S. *(2004). A comparison ofthree different hypnotic inductions.* Unpublished manuscript, Binghamton University, Binghamton, NY.
Lynn, S. J.. & Lilienfeld, S. (2002). A critique of the “Franklin Report:” Hypnosis, belief, and suggestion. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 50,* 369-386.
Lynn, S. J., Lock, T, Loftus, E. B., Lilienfeld, S. 0., & Krackow, E. (2003). The remembrance of things past: Problematic memory recovery techniques in psychotherapy. In S. O. Lilienfeld, S. J. Lynn, & J. Lohr (Eds.), *Science and pseudoscience in clinical psychology* (pp. 205-239). New York: Guilford Press.
Lynn, S. J., Lock, T., Myers, B., & Payne, D. (1997). Recalling the unrecallable: Should hypnosis be used for memory recovery in psychotherapy? *Current Directions in Psychological Science, 6,* 79-83.
Lynn, S. J., Mare, C., Kvaal, S., Segal, D. A., & Sivec, H. (1994). The hidden observer, hypnotic dreams, and hypnotic age regression: Clinical implications. *American Journal of Clinical Hypnosis, 37,* 130-142.
Lynn, S. J., Martin, D., & Frauman, D. C. (1996). Does hypnosis pose special risks for negative effects? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 44,1* -19.
Lynn, S. J., Martin, D., & Hallquist, M. (2004). *Searching for the essence of hypnosis: Research using the real-simulator design.* Unpublished manuscript.
Lynn, S. J., & McConkey, K. M. (1998). *Truth in memory.* New York: Guilford Press.
Lynn, S. J., Myers, B., & Malinoski, P. (1997). Hypnosis, pseudomemories, and clinical guide-lines: A sociocognitive perspective. In D. Read & S. Lindsay (Eds.), *Recollections of trauma: Scientific research and clinical practice* (pp. 305-331). New York: Plenum Press.
Lynn, S. J., &Nash, M. R. (1994). Truth in memory: Ramifications for psychotherapy and hypnotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis, 36,* 194-208.
Lynn, S. J., Nash, M. R., Rhue, J. W., Frauman, D. C., & Sweeney, C. A. (1984). Nonvolition, expectancies, and hypnotic rapport. *Journal of Abnormal Psychology, 93,* 295-303.
Lynn, S. J., Neufeld, V. R., & Mare, C. (1993). Direct versus indirect suggestions: A conceptual and methodological review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 41,* 124-152.
Lynn, S. J., Neufeld, V, & Matyi, CL. (1987). Hypnotic inductions versus suggestions: The effects of direct and indirect wording. *Journal of Abnormal Psychology,* 96, 76-80.
Lynn, S. J., Neufeld, V., Rhue, J. W.,& Matorin, A. (1993). Hypnosis and smoking cessation: A cognitive-behavioral treatment. In J. W. Rhue, S. J. Lynn, & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis (pp.* 555-586). Washington, DC: American Psychological Association.
Lynn, S. J., & Rhue, J. W. (1991a). An integrative model of hypnosis. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives (pp.* 397-438). New York: Guilford Press.
Lynn, S. J., & Rhue, J. W. (Eds.). (1991b). *Theories of hypnosis: Current models and perspectives.* New York: Guilford Press.
Lynn, S. J., Rhue, J. W., Kvaal, S., & Mare, C. (1993). The treatment of anorexia nervosa: A hypnosuggestive framework. *Contemporary Hypnosis, 10,* 73-80.
Lynn, S. J., Rhue, J. W., & Weekes, J. R. (1990). Hypnotic involuntariness: A social-cognitive analysis. *Psychological Review, 97,* 169-184.
Lynn, S. J., & Sherman, S. J. (2000). Clinical implications of sociocognitive models of hypnosis: Response set theory and Milton Erickson’s strategic interventions. *American Journal of Clinical Hypnosis, 42,* 294-315.
Lynn, S. J., Shindler, K., & Meyer, E. (2003). Hypnotic suggestibility, psychopathology, and treatment outcome. *Sleep and Hypnosis, 3,* 2-12.
Lynn, S. J., & Sivec, H. (1992). The hypnotizable subject as creative problem solving agent. In E. Fromm & M. Nash (Eds.), *Contemporary perspectives in hypnosis research.* New York: Guilford Press.

Lynn, S. J., Snodgrass, M. J., Rhue, J., Nash, M., & Frauman, D. (1987). Attributions, involuntariness, and hypnotic rapport. *American Journal of Clinical Hypnosis, 30,* 36-43.

Lynn, S. J., Vanderhoff, H., Shindler, K., & Stafford, J. (2002). The effects of an induction and defining hypnosis as a “trance” vs. cooperation: Hypnotic suggestibility and performance standards. *American Journal of Clinical Hypnosis, 44,* 231-240.

Lynn, S. J., Weekes, J., Brentar, J., Neufeld, V., Zivney, O., & Weiss, F. (1991). Interpersonal climate and hypnotizability level: Effects on hypnotic performance, rapport, and archaic involvement. *Journal of Personality and Social Psychology, 60,* 739-743.

MacHovec, F. (1986). *Hypnosis complications: Prevention and risk management.* Springfield, IL: Thomas Books.

MacHovec, F. J., & Man, S. C. (1978). Acupuncture and hypnosis compared: Fifty-eight cases. *American Journal of Clinical Hypnosis, 88,* 129-130.

Mare, C., Lynn, S. J., Kvaal, S., Segal, D., & Sivec, H. (1994). Hypnosis and the dream hidden observer: Primary process and demand characteristics. *Journal of Abnormal Psychology, 103,* 316-332.

Marlatt, G. A. (2002). Buddhist philosophy and the treatment of addictive behavior. *Cognitive and Behavioral Practice, 9,* 42-50.

Martin, M. Y., Bradley, L. A., Alexander, R. W., & Alarcon, G. (1996). Coping strategies predict disability in patients with primary fibromyalgia. *Pain,* 68, 45-53.

Matthews, W. J., Kirsch, L, & Mosher, D. (1985). The “double” hypnotic induction: An initial empirical test. *Journal of Abnormal Psychology, 94, 92-95.*

Matthews, W. J., Lankton, S., & Lankton, C. (1993). An Ericksonian model of hypnotherapy. In J. W. Rhue, S. J. Lynn, & 1. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 187-214). Washington, DC: American Psychological Association.

Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 6,* 455-470.

Mazzoni, G., & Kirsch, I. (2002). Autobiographical memories and beliefs. A preliminary me tacognitive model. InB. L. Schwartz &T. J. Perfect (Eds.), *Applied metacognition* (pp. 121-145). New York: Cambridge University Press.

Mazzoni, G. A., Loftus, E. F., Seitz, A., & Lynn, S. J. (1999). Creating a new childhood: Changing beliefs and memories through dream interpretation. *Applied Cognitive Psychology, 13,* 125-144.

McBride, P. E. (1992). The health consequences of smoking: Cardiovascular diseases. *Medical Clinics of North America,* 76, 333-353.

McConkey, K. M. (1986). Opinions about hypnosis and self-hypnosis before andafterhypnotic testing. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 34,* 311-319.

McConkey, K. M. (1991). The construction and resolution of experience and behavior in hypnosis. InS. J. Lynn&J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 542-563). New York: Guilford Press.

McConkey, K. M., Bamier, A. J., & Sheehan, P. W. (1998). Hypnosis and pseudo-memory: Understanding the findings and their implications, in S. J. Lynn & K. M. McConkey (Eds.), *Truth in memory* (pp. 227-259). New York: Guilford Press.

McGlashan, T. M., Evans, F. J., & Orne, M. T. (1969). The nature ofhypnotic analgesia and placebo response to experimental pain. *Psychosomatic Medicine, 31,* 227-246.

Meares, A. (1961). An evaluation of the dangers of medical hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis, 4,* 90-97.

Meichenbaum, D. (1994). *A clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with post-traumatic stress disorder (PTSD).* Clearwater, FL: Institute Press.

Meichenbaum, D., & Fong, G. T. (1993). How individuals control their own minds: A constructive narrative perspective. In D. M. Wegner & J. W. Pennebaker (Eds.), *Handbook of mental control (pp.* 473-490). New York: Prentice Hall.

Mellinger, D. I., & Lynn, S. J. (2003). *The monster in the cave: How to face your fear and anxiety and live your life.* New York: Berkley Books.

Merikle, P. M., & Joordens, S. (1997). Measuring unconscious influences. In J. D. Cohen &J. W. Schooler (Eds.), *Scientific approaches to consciousness (ymp.* 109-123). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Mesmer, F. A. (1779). *Memoire sur la decouverte du magnetisme animal, par M. Mesmer, docteur en medecine de la faculte do Vienne* [Memoir on the discovery of animal magnetism by Mr. Mesmer, doctor of medicine from the faculty of Vienna], Geneva, Switzerland, and Paris: Didiot.

Meyer, E., & Lynn, S. J. (2004). *The impact of hypnotic inductions, imaginative suggestibility, response expectancies, and performance standards on hypnotic suggestibility and experiences.* Unpublished manuscript, Binghamton University, Bing-hamton, NY.

Meyer, E. C., & Lynn, S. J. (2005). *The deteminants of hypnotic and nonhypnotic suggestibility.* UnpubUshed manuscript, Binghamton University, Binghamton, NY.

Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L., & Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 28,* 487-495.

Miller, M. E., & Bowers, K. S. (1986). Hypnotic analgesia and stress inoculation in the reduction of pain. *Journal of Abnormal Psychology, 95,* 6-14.

Miller, M. E., & Bowers, K. S. (1993). Hypnotic analgesia: Dissociated experience or dissociated control? *Journal of Abnormal Psychology, 102,* 29-38.

Milling, L. S., & Costantino, C. A. (2000). Clinical hypnosis with children: First steps toward empirical support. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 48,*113-137.

Milling, L. S., Kirsch, L, Allen, G. J., & Reutenauer, E. L. (2005). The effects of hypnotic and nonhypnotic imaginative suggestion on pain. *Annals of Behavioral Medicine, 29,* 116-127.

Milling, L. S., Kirsch, I., Meunier, S. A., & Levine, M. R. (2002). Hypnotic analgesia and stress inoculation training: Individual and combined effects in analog treatment of experimental pain. Cognitive *Therapy and Research, 26,* 355-371.

Mills, A., & Lynn, S. J. (2000). Past-life experiences. In E. Cardena, S. J. Lynn, & S. Krippner (Eds.), *The varieties of anomalous experience* (pp. 283-314). New York: Guilford Press.

Mitchell, C. M., & Drossman, D. A. (1987). Survey of the AGA membership relating to patients with functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology, 92,*1282-1284.

Mitchell, J. E,, Halmi, K. A., Wilson, G. T, Agras, W. S,, Kraemer, H. C,, & Crow, S. (2002). A randomized secondary treatment study of women with bulimia nervosa who fail to respond to CBT. *International Journal of Eating Disorders, 32,* 271-281.

Moene, F. C., Spinhoven, R, Hoogduin, K. A. L., & Van Dyck, R. (2003). A randomized controlled trial of a hypnosis-based treatment for patients with conversion disorder, motor type. *Internationa! Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 51,* 29-50.

Montgomery, G. H.. David, D., Winkel, G., Silverstein, J., & Bovbjerg, D. (2002). The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: A meta-analysis. *Anesthesia and Analgesia, 94,* 1639-1645.

Montgomery, G. H., DuHamel, K. N.. & Redd, W. H. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 48,* 138-153.

Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior.* New York: Wiley.

Myers, S. (2000). Empathic listening: Reports on the experience of being heard. *Journal of Humanistic Psychology, 40(2),* 148-173.

Nadon, R., & Laurence, J.-R. (1994). Ideographic approaches to hypnosis research: Or how therapeutic practice can inform science. *American Journal of Clinical Hypnosis, 37,*85-94.

Nadon, R., Laurence, J.-R., & Perry, C. (1991). The two disciplines of scientific hypnosis: A synergistic model. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 485-519). New York: Guilford Press.

Narrow, W. E., Rae, D. S., & Regier, D. A. (1998). *NIMH epidemiology note: Prevalence of anxiety disorders.* Retrieved April 5, 2004, from http://www. nimh.nih.gov/publicat/ numbers.cfm

Nash, M. R. (1987). What, if anything, is regressed about hypnotic age regression? Areview of the empirical literature. *Psychological Bulletin, 102,* 42-52.

Nash, M. R. (1991). Hypnosis as a special case of psychological regression. InS. J. Lynn& J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives (pp.* 171-194). New York: Guilford Press.

Nash, M. R. (1997). Why scientific hypnosis needs psychoanalysis (or something like it). *International journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 45,* 291-300.

Nash, M. R. (2001). The truth and hype of hypnosis. *Scientific American, 285,* 46-55.

Nash, M. R. (2002). Mesmer, Franklin, and The Royal Commission. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 50,* 291-422.

Nash, M. R., & Baker, E. L. (1993). Hypnosis in the treatment of anorexia nervosa. In J. W. Rhue, S. J. Lynn, & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 383-394). Washington, DC: American Psychological Association.

Nash, M. J., Drake, M., Wiley, R., Khalsa, S., & Lynn, S. J. (1986). The accuracy of recall of hypnotically age regressed subjects. *Journal of Abnormal Psychology, 95,* 298-300.

Nash, M. R., & Spinier, D. (1989). Hypnosis and transference: A measure of archaic involvement with the hypnotist. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 37,* 129-144.

National Institute of Mental Health. (2001). *Best estimate 1-yearprevalence rates based on ECA and NCS, ages 18-54.* Retrieved April 4, 2004, from www.niaa.nih.gov.gallery

National Institute of Mental Health. (2002). *Mental health: A report of the surgeon general-epidemiology of mental illness.* Retrieved April 3, 2004, from www.nimh.nih.gov

Neufeld,V.,&Lynn,S. J. (1988). Asingle-sessiongroup self-hypnosis smoking cessation: Abrief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 36,* 75-79.

Newman, M. G., Castonguay, L. G., Borkovec, T. D., & Molnar, C. (2004). Integrative psychotherapy for anxiety disorders. In R. Heimberg, D. S. Mennin, & C. L. Turk (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 320-350). New York: Guilford Press.

Nolen-Hoeksema, S. (1990). *Sex differences in depression.* Stanford, CA: Stanford University Press.

O'Brien, T. (1990). *The things they carried.* New York: Broadway.

Olness, K., & Gardner, G. G. (1988). *Hypnosis and hypnotherapy with children* (2nd ed). New York: Grune & Stratton.

Ome, M. T. (1959). The nature of hypnosis: Artifact and essence. *Journal of Abnormal Psychology, 58,* 277-299.

Orne, M. T. (1965). Undesirable effects of hypnosis: The determinants and management. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 13, 226-237.*

Ome, M.T. (1979). On the simulating subject as a quasi-control group in hypnosis research: What, why and how? In E. Fromm & R. Shor (Eds.), *Hypnosis: Developments in research and* new *perspectives* (2nd ed., pp. 519-565). Chicago: Aldine.

Ome, M. T, & McConkey, K. M. (1981). Toward convergent inquiry into self-hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 29,* 313-323.

Page, R. A., & Green, J. P. (2002). Are recommendations to avoid hypnotic aftereffects being implemented? *Contemporary Hypnosis, 19,*167-171.

Palace, E. M. (1995). A cognitive-physiological process model of sexual arousal and response. *Clinical Psychology Science and Practice, 2,* 370-384.

Patterson, D. R.. Everett, J. J., Burns, G. L., & Marvin, J. A. (1992). Hypnosis for the treatment ofburn pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,* 713-717.

Patterson, D. R.,& Jensen, M. P. (2003). Hypnosis and clinical pain. *Psychological Bulletin,* 129 (4), 495-521.

Patterson, D. R., Questad, K. A., & DeLateur, B. J. (1989). Hypnotherapy as an adjunct to pharmacologies for the treatment of pain from burn debridement. *American Journal of Clinical Hypnosis, 31,* 156-163.

Pedersen, L. L., Scrirngeour, W. G., & Lefcoe, N. M. (1975). Comparison ofhypnosis plus counseling, counseling alone, and hypnosis alone in a community service smoking withdrawal program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43,* 920.

Perkins, K. A., Epstein, L. H., & Pastor, S. (1990). Changes in energy balance following smoking cessation and resumption of smoking in women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58,* 121-125.

Perry, C., Gelfand, R., & Marcovitch, P. (1979). The relevance of hypnotic susceptibility in the clinical content. *Journal of Abnormal Psychology, 89,* 598-603.

Perry, C., & Laurence, J.-R. (1986). Social and psychological influences on hypnotic behavior. *Behavioral and Brain Sciences, 9,* 478-479.

Perry, C., & Mullen, G. (1975). The effects of hypnotic susceptibility on reducing smoking behavior treated by an hypnotic technique. *Journal of Clinical Psychology, 31,* 498-505.

Pettinati, H. M., Horne, R. J., & Staats, J. M. (1985). Hypnotizability in patients with anorexia nervosa and bulimia. *Archives of General Psychiatry, 42,* 1014-1016.

Pettinati, H. M., Kogan, L. G., Margolis, C., Shrier, L., & Wade, J. J. (1989). Hypnosis, hypnotizability, and the bulimic patient. In L. M. Homyak & E. K. Baker (Eds.), *Experiential therapies for eating disorders* (pp. 34-59). New York: Guilford Press.

Piccione. C., Hilgard, E. R., & Zimbardo, P. G. (1989). On the degree of stability of measured hypnotizability over a 25-year period. *Journal of Personality and Social Psychology', 56,* 289-295.

Pinnell, C. A., & Covino, N. A. (2000). Empirical findings on the use of hypnosis in medicine: A critical review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 48,* 170-194.

Pittman, R. K., Altman, B., Greenwald, E., Longpre, R. E., Macklin, M. L., Poire, R. E., & Steketee, G. S. (1991). Psychiatric complications during flooding therapy for post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 52,* 17-20.

Polivy, J., & Herman, C. P. (1985). Dieting and bingeing: A causal analysis. *American Psychologist, 40,* 193-201.

Poole, D., Lindsay, D., Memon, A., & Bull, R. (1995). Psychotherapy and the recovery of memories of childhood sexual abuse: U.S. and British practitioners' opinions, practices, and experiences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63,* 426-437.

Porter, S., Yuille, J. C., & Lehman, D. R. (1999). The nature of real, implanted, and fabricated childhood emotional events: Implications forthe recovered memory debate. *Law and Human Behavior,* 23, 517-537.

Rainville, P., Duncan, G. H., Price, D. D., Carrier, B., & Bushnell, M. C. (1997, August 15). Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somato-sensory cortex. *Science, 277,* 968-971.

Rainville, R, & Price, D. D. (2003). Hypnosis phenomenology and the neurobiology of consciousness. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 51,*105-129.

Rapee, R. M. (1998). *Social phobia: Clinical application of evidence-based psychotherapy.* Northvale, NJ: Jason Aronson.

Ray, W. J., & Oathies, D. (2003). Brain imaging techniques. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 51,* 97-104.

Reason, J. T. (1992). Cognitive underspecification: Its variety and consequences. In B. J. Baars (Ed.), *Experimental slips and human error {pp.* 71-91). New York: Plenum.

Reiss, S., & McNally, R. J. (1985). The expectancy model of fear. In S. Reiss & R. R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 107-121). New York: Academic Press.

Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency, and the prediction of fearfulness. *Behavior Research and Therapy, 24,*1 -8.

Research Committee of the British Tuberculosis Association. (1968). A report. *British Medical Journal, 3,* 774-777.

Resick, P. A. (1992). Cognitive treatment of crime-related post-traumatic stress disorder. In R. Peters, R. McMahon, & V. Quinsey (Eds.), *Aggression and violence throughout thelifespan* (pp. 171-191). Newbury Park, CA: Sage.

Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,* 748-756.

Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E., & Best, C L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 984-991.

Rhue, J. W., & Lynn, S. J. (1993). *Hypnosis and storytelling in the treatment of child sexual abuse: Strategies and procedures.* In J. W. Rhue, S. J. Lynn, & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 455-478). Washington, DC: American Psychological Association.

Rhue, J. W., Lynn, S. J.,& Kirsch, I. (1993). *Handbook of clinical hypnosis.* Washington, DC: American Psychological Association.

Rhue, J., Lynn, S., & Pintar, J. (1996). *Narrative and imaginative storytelling: Treatment of a sexually abused child.* In S. J. Lynn, I. Kirsch, & J. W. Rhue (Eds.), *Casebook ofclinical hypnosis* (pp. 251-270). Washington, DC:American Psychological Association.

Rimpoche, B. (1981). *The Mahamudra: Eliminating the darkness ofignorance, by Wang'Ch'ug Dorje* (Commentary). Dharamsala, India: Library of Tibetan Works and Archives.

Roemer, L., Borkovec, M., Posa, S., & Borkovec, T. D. (1995). A self-report diagnostic measure of generalized anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 4,* 345-350.

Roemer, L., Molina, S., & Borkovec, T. D. (1997). An investigation of worry content among generally anxious individuals. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 185,* 314-319.

Rosen, S. (1982). My *voice will go with you: The teaching tales of Milton H. Erickson.* New York: Norton.

Rothbaum, B. O., Meadows, E. A., Resnick, P, & Foy, D. (2000). Cognitive-behavioral therapy. In E. B. Foa, T. M. Keane, & M. J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD* (pp. 60-83). New York: Guilford Press.

Sanders, S. (1991). *Clinical self-hypnosis: The power of words and images.* New York: Guilford Press.

Sarbin, T. R. (1950). Contributions to role-taking theory: I. Hypnotic behavior. *Psychological Review, 57,* 225-270.

Sarbin, T. R. (1989). The construction and reconstruction of hypnosis. In N. P. Spanos & J.F. Chaves(Eds.), *Hypnosis: The cognitive-behavioral perspective* (pp. 400-416). Buffalo, NY: Prometheus Books.

Sarbin, T. R. (1991). Hypnosis: A fifty-year perspective. *Contemporary Hypnosis, 8,*1-16.

Sarbin, T. R. (1997). Hypnosis as conversation: Believed-in imaginings revisited. *Contemporary Hypnosis,* /4,203-215.

Sarbin, T. R. (1999). Whither hypnosis? A rhetorical analysis. In 1. Kirsch, A. Capafons, E. Cardena-Buelna, & S. A. Borras (Eds.), *Clinical hypnosis and self-regulation: Cognitive-behavioralperspectives* (pp. 105-116). Washington, DC: American Psychological Association.

Sarbin, T. R., & Coe, W. C. (1972). *Hypnosis: A social psychological analysis of influence communication.* New York: Holt, Rinehart & Winston.

Sarbin, T. R., & Slagle, R. W. (1979). Hypnosis and psychophysiological outcomes. In E. Fromm & R. E. Shor(Eds.), *Hypnosis: Developments in research and new perspectives* (2nd ed., pp. 273-303). New York: Aldine.

Schlutter, L. C., Golden, C. J., & Blume, H. G. (1980). A comparison of treatments for prefrontal muscle contraction headache. *British Journal of Medical Psychology, 53,*47-52.
Schoenberger, N. E. (1996). Cognitive-behavioral hypnotherapy for phobic anxiety. In S. J. Lynn, I. Kirsch, & J. W. Rhue (Eds.), *Casebook of clinical hypnosis* (pp. 33-49). Washington, DC: American Psychological Association.
Schoenberger, N. E. (2000). Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 48,*154-169.
Schoenberger, N. E., Kirsch, I., Gearan, P., Montgomery, G., & Pastymak, S. L. (1997). Hypnotic enhancement of a cognitive-behavioral treatment for public speaking anxiety. *Behavior Therapy, 28,* 127-140.
Schubert, D. K. (1983). Comparison of hypnotherapy with systematic relaxation in the treatment of cigarette habituation. *Journal of Clinical Psychology, 39,*198-202.
Scoboria, A., Mazzoni, G., Kirsch, I., & Milling, L. (2002). Immediate and persisting effects of misleading questions and hypnosis on memory reports. *Journal of Experimental Psychology: Applied, 8, 26-52.*
Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach for preventing relapse.* New York: Guilford Press.
Sheehan, P. W. (1991). Hypnosis, context, and commitment. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives (pp.* 520-541). New York: Guilford Press.
Sheehan, P. W., & Perry, C W. (1976). *Methodologies of hypnosis.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Sheinin, J. C. (1988). Pathophysiologic and clinical aspects of medical, endocrine, and nutritional abnormalities and adaptations in eating disorders. InB. Blinder, B. Chaitin, & R. Goldstein (Eds.), *The eating disorders: Medical and psychological bases of diagnosis and treatment* (pp. 227-234). New York: PMA Publishing.
Sherman, S. J., &Lynn, S. J. (1990). Social-psychological principles in Milton Erickson’s psychotherapy. *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis,* 7, 37-46.
Sherman, S. J., Skov, R. B., Hervitz, E. F., & Stock, C. B. (1981). The effects of explaining hypothetical future events: From possibility to probability to actuality and beyond. *Journal of Experimental Social Psychology, 17,* 142-157.
Shor, R. E. (1979). The fundamental problem in hypnosis research as viewed from historic perspectives. In E. Fromm & R. E. Shor (Eds.), *Hypnosis: Developments in research and new perspectives* (Rev. 2nd ed., pp. 15-41). Chicago: Aldine.
Silva, C. E., & Kirsch, I. (1987). Breaching hypnotic amnesia by manipulating expectancy. *Journal of Abnormal Psychology, 96,* 325-329.
Silva, C., & Kirsch, I. (1992). Interpretive sets, expectancy, fantasy proneness, and dissociation as predictors of hypnotic response. *Journal of Personality and Social Psychology, 63,* 847-856.
Simon, M. J,, & Salzberg, H. C. (1985). The effect of manipulated expectancies on posthypnotic amnesia. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 33,* 40-51.
Sivec, H. J., Lynn, S. J., & Malinoski, P. T. (1997). *Early memory reports as a function of hypnotic and nonhypnotic age regression.* Unpublished manuscript, State University of New York at Binghamton.
Smith, S. D., Rosen, D., Trueworthy, R. C., & Lowman, J. T. (1979). Areliable method for evaluating drug compliance in children with cancer. *Cancer, 43,* 169-173.
Southworth, S., & Kirsch, 1. (1988). The role of expectancy in exposure-generated fear reduction in agoraphobia. *Behaviour Research & Therapy, 26,* 113-120.
Spanos, N. P. (1971). Goal-directed fantasy and the performance ofhypnotic test suggestions. *Psychiatry, 34,* 86-96.
Spanos, N. P. (1986). Hypnotic behavior: A social-psychological interpretation of amnesia, analgesia, and “trance logic”. *The Behavioral and Brain Sciences, 9,* 499-502.

Spanos, N. P. (1991). A sociocognitive approach to hypnosis. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 324-361). New York: Guilford Press.

Spanos, N. P. (1996). *Multiple identities and false memories: A sociocognitive perspective.* Washington, DC: American Psychological Association.

Spanos, N. P.,& Barber, T. X. (1974). Toward a convergence in hypnosis research. *American Psychologist, 29,* 500-511.

Spanos, N. P., Burgess, C. A., Roncon, V., Wallace-Capretta, S., & Cross, W. (1993). Surreptitiously observed hypnotic responding in simulators and skill-trained and untrained high hypnotizables. *Journal of Personality and Social Psychology, 65,* 391-398.

Spanos, N. P., & Chaves, J. F. (1989). *Hypnosis: The cognitive—behavioral perspective.* Buffalo, NY: Prometheus Books.

Spanos, N. P, & Chaves, J. F. (1991). History and historiography of hypnosis. InS. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 43-82). New York: Guilford Press.

Spanos, N. P.,Cobb, P. C.,&Gorassini, D. (1985). Failing to resist hypnotic test suggestions: A strategy for self-presenting as deeply hypnotized. *Psychiatry, 48,* 282-292.

Spanos, N. P., & Hewitt, E. C. (1980). The hidden observer in hypnotic analgesia: Discovery or experimental creation? *Journal of Personality and Social Psychology, 39,* 1201-1214.

Spanos, N. P., Menary, E., Gabora, M. J., DuBreuil, S. C., &Dewhirst, B. (1991). Secondary identity enactments during hypnotic past-life regression: Asocio-cognitive perspective. *Journal of Personality and Social Psychology, 61,* 308-320.

Spanos, N. P., Radtke, H. L., & Bertrand, L. D. (1984). Hypnotic amnesia as strategic enactment: Breaching amnesia in highly susceptible subjects. *Journal of Personality and Social Psychology, 47,* 1155-1169.

Spanos, N. P., Rivers, S. M., & Ross, S. (1977). Experienced involuntariness and response to hypnotic suggestions. InW. E.EdmonstonJr.(Ed.), *Conceptual and investigative approaches to hypnosis and hypnotic phenomena* (Vol. 296, pp. 208-221). New York: New York Academy of Sciences.

Spanos, N. P., Stenstrom, R. J., & Johnston, J. C. (1988). Hypnosis, placebo, and suggestion in the treatment of warts. *Psychosomatic Medicine, 50,* 245-260.

Spanos, N. P., Williams, V., & Gwynn, M. (1990). Effects of hypnotic, placebo, and salicylic acid treatments on wart regression. *Psychosomatic Medicine, 52,* 109-114.

Spiegel, D. (1981). Vietnam grief work using hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis, 24,* 33-40.

Spiegel, D. (1992). The use ofhypnosis in the treatment ofPTSD. *Psychiatric Medicine, 10,* 21-30.

Spiegel, D. (1998). Using our heads: Effects of mental state and social influence on hypnosis. *Contemporary Hypnosis, 15,* 175-177.

Spiegel, D., & Bloom, J. R. (1983). Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosomatic Medicine, 45,* 333-339.

Spiegel, D., Frischholz, E. J., Fleiss, J. L., & Spiegel, H. (1993). Predictors of smoking abstinence following a single-session restructuring intervention with self-hypnosis. *American Journal of Psychiatry, 150,* 1090-1097.

Spiegel, D., Hunt, T, & Dondershine, H. E. (1988). Dissociation and hypnotizability in post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 145,* 301-305.

Spiegel, H. (1989). Should therapists test for hypnotizability? *American Journal of Clinical Hypnosis, 32,* 15-16.

Spiegel, H., & Spiegel, D. (1978). *Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis.* New York: Basic Books.

Spinhoven, P., Van Dyck, R., Hoogduin, K.,&Schaap, C. (1991). Differences in hypnotizability of Dutch psychiatric outpatients according to two different scales. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 19,* 107-116.

Spitzer, R. L., Devlin, M., Walsch, B. T., Hasin, K. D., Wing, R. R., Marcus, M. D., etal. (1992). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders, 11,* 191-203.

Steblay, N. M., & Bothwell, R. K. (1994). Evidence for hypnotically refreshed testimony: The view from the laboratory. *Law and Human Behavior, 18,* 635-651.

Stroud, M. W., Thom, B. E., Jensen, M. R, & Boothby, J. L. (2000). The relation between pain beliefs, negative thoughts, and psychosocial functioning in chronic pain patients. *Pain, 84,* 347-352.

Stmpp, H. H. (1998). Negative process: Its impact on research, training, and practice. In R. F. Bomstein & J. M. Masling (Eds.), *Empirical studies of the therapeutic hour: Vol. 8. Empirical studies of psychoanalytic theories* (pp. 1-26). Washington, DC: American Psychological Association.

Stutman, R. K., & Bliss, E. L. (1985). Posttraumatic stress disorder, hypnotizability, and imagery. *American Journal of Psychiatry, 142,* 741-743.

Sullivan, M. J., & Neish, N. (1998). Catastrophizing, anxiety and pain during dental hygiene treatment. *Community Dentistry & Oral Epidemiology, 37,* 243-250.

Sullivan, M. J., & Neish, N. (1999). The effects of disclosure on pain during dental hygiene treatment: The moderating role of catastrophizing. Раш, *79,*155-163.

Sullivan, M. J., Rodgers, W. M., & Kirsch, I. (2001). Catastrophizing, depression and expectancies for pain and emotional distress. *Pain, 91,*147-154.

Sullivan, P. F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 152,* 1053-1054.

Sutcliffe, J. P. (1960). “Credulous” and “skeptical” views of hypnotic phenomena: Areview of certain evidence and methodology. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 8,* 73-101.

Syijala, K. L., Cummings, C., & Donaldson, G. W. (1992). Hypnosis or cognitive behavioral training for the reduction of pain and nausea during cancer treatment: A controlled clinical trial. *Pain, 48,* 137-146.

Szechtman, H., Woody, E., Bowers, K. S., & Nahmias, C (1998). Where the imaginal appears real: A positron emission tomography study of auditory hallucinations. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 95,* 1956-1960.

Tart, C. T. (1983). Altered states of consciousness. In R. Harre & R. Lamb (Eds.), *The encyclopedic dictionary of psychology* (pp. 19-20). Cambridge, MA: MIT Press.

Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive—behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 27,* 1 -9.

Teasdale, J. D. (1985). Psychological treatments for depression: How do they work? *Behaviour Research and Therapy, 23,* 157-165.

Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, J. M. G. (2003). Mindfulness training and problem formulation. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10,* 157-160.

Telch, C. E, Agras, W. S., Rossiter, E. M., Wilfley, D., & Kenardy, J. (1990). Group cognitive-behavioral treatment for the non-purging bulimic: An initial evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58,* 629-635.

Thakur, K. (1980). Treatment of anorexia nervosa with hypnotherapy. In H. Wain (Ed.), *Clinical hypnosis in medicine* (pp. 446-493). Chicago: Yearbook.

Thompson-Brenner, H., Glass, S., & Westen, D. (2003). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for bulimia nervosa. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10,*269-287.

Tloczynski, J., Malinonowski, A., & LaMorte, R. (1997). Rediscovering and re-applying contingent informal meditation. *Psychologia, 40,*14-21.

Tobin, D. L., Reynolds, R. V. C., Holroyd, K. A., & Creer, T. L. (1986). Self-management and social learning theory. In K. A. Holroyd & T. L. Creer (Eds.), *Self-management of chronic disease: Handbook of clinical interventions and research.* Orlando, FL: Academic Press.

Torem, M. (1992). The use of hypnosis with eating disorders. *Psychiatric Medicine, 10,*105-117.

Turk, D. C., & Rudy, T. E. (1992). Classification logic and strategies in chronic pain. In D. C. Turk & R. Melzack (Eds.), *Handbook of pain assessment* (pp. 409-428). New York: Guilford Press.

U. S. Department of Health, Education, and Welfare .(1990). *Smoking and health: A report of the surgeon general* (DHEW Publication No. PHS79-50066). Washington, DC: Author.

U.S. Department of Health and Human Services. (1990). *The health benefits of smoking cessation: A report of the Surgeon Genera!* (DHHS publication No. CDC 90-8416). Rockville, MD: Author.

Vanderlinden, J., & Vandereycken, W. (1988). The use of hypnotherapy in the treatment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 18,* 145-150.

Van Etten, M., & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 5,* 126-145.

Vijselaar, J., & Van der Hart, 0.(1992). The first report of hypnotic treatment of traumatic grief: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 40,*1-6.

Viswesvaran, C., & Schmidt, F. (1992). A meta-analytic comparison of the effectiveness of smoking cessation methods. *Journal of Applied Psychology,* 77, 554-561.

Von Dedenroth, T. (1964). The use of hypnosis with “tobaccomaniacs.” *American Journal of Clinical Hypnosis, 6,* 326.

Vrana, S., &Lauteibach, D. (1994). Prevalence of traumatic events and post-traumatic stress psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress,* 7, 289-302.

Wadden, T. A., & Anderton, C. H. (1982). The clinical use of hypnosis. *Psychological Bulletin, 91,* 215-243.

Wade, K. A., Garry, M., Read, J. D.,& Lindsay, D. S. (2002). A picture is worth a thousand lies: Using false photographs to create false childhood memories. *Psychonomic Bulletin and Review, 9,* 597-603.

Wagstaff, G. F. (1991). Compliance, belief, and semantics in hypnosis: A nonstate sociocognitive perspective. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 362-396). New York: Guilford Press.

Wagstaff, G. (1998). The semantics and physiology of hypnosis as an altered state: Towards a definition of hypnosis. *Contemporary Hypnosis, 15,*149-165.

Wakeman, J. R., & Kaplan, J. Z. (1978). An experimental study ofhypnosis in painful bums. *American journal of Clinical Hypnosis, 21,* 3-12.

Walsh, R. (1999). Asian contemplative disciplines: Common practices, clinical applications, and research findings. *Journal of Transpersonal Psychology, 31* (2), 83-107.

Wampold, B. (2001). *The great psychotherapy debate: Models and findings.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Watkins, H. H. (1980). The silent abreaction. *International journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 28,*101-113.

Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review, 101,*34-52.

Wegner, D. M. (1997). When the antidote is the poison: Ironic mental control processes. *Psychological Science, 8,* 148-151.

Weinstein, E. J., & Au, P. K. (1991). Use ofhypnosis before and during angioplasty. *American journal of Clinical Hypnosis, 34,* 29-37.

Weiss, B. L. (1988). *Many lives, many masters.* New York: Simon& Schuster.

Weiss, D. S., & Marmar, C R. (1997). The Impact of Event Scale—Revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-428). New York: Guilford Press.

Weitzenhoffer, A. M. (1985). In search ofhypnosis. In D. Waxman, P. C. Misra, M. Gibson, & M. A. Basker (Eds.), *Modem trends in hypnosis* (pp. 67-88). New York: Plenum.

Weitzenhoffer, A. M., & Hilgard, E. (1962). *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale: Form C.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Weston, D., &Morrison, K. (2001). Amultidimensionalmeta-amlysisoftreatmentsfordepression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychobgy,* 69, 875-899.
White, R. W. (1941). A preface to a theory of hypnotism. *Journal of Abnormal and Social Psychobgy, 36,* 477-505.
Whitehouse, W. G., Dinges, D. E, Ome, E. C, & Ome, M. T. (1988). Hypnotic hypermnesia: Enhanced memory accessibility or report bias? *Journal of Abnormal Psychology, 97,*289-295.
Whorwell, R J., Prior, A., & Colgan, S. M. (1987). Hypnotherapy in severe irritable bowel syndrome: Further experience. *Gut, 28,* 423-425.
Whorwell, P. J., Prior, A., & Faragher, E. B. (1984). Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe, refractory irritable bowel syndrome. *Lancet, 2,* 1232-1234.
Wickless, C., & Kirsch, I. (1989). The effects of verbal and experiential expectancy manipulations on hypnotic susceptibility. *Journal of Personality and Social Psychology, 57,* 762-768.
Wilfley, D. E., Agras, W. S., Telch, C F., Rossiter, E. M., Schneider, J. A., Cole, A. G., et al. (1993). Group cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic: A controlled comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 296-305.
Williamson, D. A., Gleaves, D., & Lawson, O. J. (1991). Biased perception of overeating in bulimia nervosa and compulsive binge eaters. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 13,* 257-268.
Wilson, G. T., & Fairbum, C. G. (1993). Cognitive treatments for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 261-269.
Wilson, G. T, & Fairbum, C. G. (2002). Treatments for eating disorders. InP. E. Nathan&J. M. Gorman (Eds.), *Treatments that work* (pp. 559-592). New York: Oxford University Press.
Wilson, G. T, & Pike, K. M. (2001). Eating disorders. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (pp. 332-375). New York: Guilford Press.
Wilson, S. C, & Barber, T. X. (1981). Vivid fantasy and hallucinatory abilities in the life histories of excellent hypnotic subjects (“somnabules”): Preliminary report with female subjects. In E. Klinger (Ed.), *Imagery: Vol. 2. Concepts, results, and applications (pp.* 133-152). New York: Plenum Press.
Wilson, S. C., & Barber, T. X. (1983). The fantasy-prone personality: Implications for understanding imagery, hypnosis, and parapsychological phenomena. In A. A. Sheikh (Ed.), *Imagery: Current theory, research, and application* (pp. 340-387). New York: Wiley.
Wilson, T. D., & Capitman, J. A. (1982). Effects of script availability on social behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin, 8,* 11-20.
Wonderlich, S. A., & Mitchell, J. E. (1997). Eating disorders and comorbidity: Empirical, conceptual, and clinical implications. *Psychopharmacology Bulletin, 33,* 381-390.
Woody, E. Z.,& Bowers, K. S. (1994). A frontal assault on dissociated control. InS. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 52-79). New York: Guilford Press.
Woody, E., & Farvolden, P. (1998). Dissociation in hypnosis and frontal executive function. *American Journal of Clinical Hypnosis, 40,* 206-216.
Woody, E., & Sadler, P. (1998). On reintegrating dissociated theories: Comment on Kirsch and Lynn (1998). *Psychological Bulletin, 123,* 192-197.
Wright, B. R., & Drummond, P. D. (2000). Rapid induction analgesia for the alleviation of procedural pain during bum care. *Bums, 26,* 275-282.
Yapko, M. D. (1986). Hypnosis and strategic interventions in the treatment of anorexia nervosa. *American Journal of Clinical Hypnosis, 28,* 224-232.
Yapko, M. D. (1989). Disturbances of temporal orientation as a feature of depression. In M. D. Yapko (Ed.), *Brief therapy approaches to treating anxiety and depression* (pp. 1 Об-ll 8). New York: Brunner/Mazel.

Yapko, M. D. (1992). *Hypnosis and the treatment of depression: Strategies for change.* New York: Brunner/Mazel.

Yapko, M. D. (1993). Hypnosis and depression. In J. W. Rhue, S. J. Lynn, & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 339-355). Washington, DC: American Psychological Association.

Yapko, M. D. (2002). *Treating depression with hypnosis: Integrating cognitive-behavioral and strategic approaches.* Philadelphia: Brunner-Routledge.

Yapko, M. D. (2003). *Trancework:* An *introduction to the practice of clinical hypnosis* (2nd ed.). New York: Brunner-Routledge.

Yehuda, R., Resnick, H., Kahana, B., &Giller, E. L. (1993). Long-lasting hormonal alterations in extreme stress in humans: Normative or maladaptive? *Psychosomatic Medicine, 55,* 287-297.

Young, D. (1995). The use ofhypnotherapy in the treatment of eating disorders. *Contemporary Hypnosis, 12,* 148-153.

Young, J., & Cooper, L. M. (1972). Hypnotic recall amnesia as a function of manipulated expectancy. *Proceedings of the 80th Annual Convention of the American Psychological Association,* 7, 857-858.

Young, P. C. (1926). An experimental study of mental and physical functions in the normal and hypnotic states: Additional results. *American Journal of Psychology, 37,* 345-356.

Zeltzer, L. K., Dolgin, M. J., LeBaron, S., & LeBaron, C. (1991). A randomized, controlled study of behavioral intervention for chemotherapy distress in children with cancer. *Pediatrics, 88,* 34-42.

Zeltzer, L. K., & LeBaron, S. M. (1982). Hypnosis and nonhypnotic techniques for reduction of pain and anxiety during painful procedures in children and adolescents with cancer. *Journal of Pediatrics, 101,* 1032-1035.

Ziedonis, D., & Williams, J. (2003). Management of smoking in people with psychiatric disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 16,* 305-315.

Zitman, F. C., Van Dyck, R., Spinhoven, R, & Linssen, A. C. (1992). Hypnosis and autogenic training in the treatment of tension headaches: A two-phase constructive design study with follow-up. *Journal of Psychosomatic Research, 36,* 219-228.

Указатель авторов

Предметный указатель

ОБ АВТОРАХ

Стивен Джей Линн, доктор философии — профессор психологам в Государственном университете Нью-Йорка в Бингемтоне, специалист в области клинической и судебной психологии (Американский Совет по профессиональной психологии), экс-президент Общества психологического гипноза (Тридцатого отделения Американской психологической ассоциации — АПА). Доктор Линн — автор или редактор 14 книг и более 230 статей по гипнозу, патопсихологии, психотерапии, диссоциативным расстройствам, аномальным переживаниям и памяти. Недавно был награжден Обществом психологического гипноза «За выдающийся вклад в научный гипноз» и Государственным университетом Нью-Йорка «За выдающиеся достижения в науке, творчестве и профессиональной деятельности». Доктор Линн участвует в 11 редакционных коллегиях, включая *«Журнал патопсихологии»,* и является редактором журнала *«Современный гипноз».* Его «Лаборатория сознания и познания» финансируется национальным Институтом психического здоровья.

Ирвинг Кирш, доктор философии Плимутского университета, автор 7 книг, 37 глав в книгах и более 150 научных статей о плацебо, лечении антидепрессантами, гипнозе и внушении. Его работы широко освещались средствами массовой информации, а тематические статьи печатались в *New York Times, Newsweek, Science, Lancet, Scientific American, Smithsonian, Science News, The Washington Post* и во многих других газетах и журналах всего мира. Он участвовал в телевизионных документальных передачах и в программах новостей, транслируемых на *ABC, HBO, NPR,* канале *Discovery* и на *BBC.*

О КНИГЕ

«Основы клинического гипноза Стивена Джей Линна и Ирвинга Кирша - несомненно лучший учебник по клиническому гипнозу из доступных. Его авторы — широко известные клиницисты и исследователи в области гипноза. Их исследования постоянно публикуются в лучших журналах. На протяжении всей этой впечатляющей работы они демонстрируют самые лучшие клинические и научные традиции».

Джон Чейвес, PhD, профессор стоматологии, зам. декана стоматологического факультета Школы стоматологии Университета штата Нью-Йорк в Стони Брук.

«Область клинического гипноза наполнена очень большим потенциалом, этот потенциал основан на признании того факта, что у людей гораздо больше ресурсов для роста и здоровья, чем они полагают. Линн и Кирш представили вдохновляющий практический подход к этой экстраординарной области, обеспечив прочную научную основу для применения гипнотических принципов и методов. Любой клиницист или исследователь, желающий найти и усилить сильные стороны человека, безусловно, воспримет гипноз в качестве незаменимого средства, и эта чудесная, детально проработанная книга несомненно поможет в осуществлении этой цели».

Майкл Д. Япко, PhD, автор книг « Трансовая работа: Введение в практику клинического гипноза» и «Лечение депрессии с помощью гипноза».

«Эта всеобъемлющая и весьма информативная книга должна быть прочитана каждым, кто заинтересован в гипнозе с научной и эмпирически обоснованной точки зрения. Доктор Линн и доктор Кирш охватывают весь спектр проблем — исторические предпосылки, теоретические и научно-исследовательские основы, клинические применения для целевых задач и понимание ценности споров. Как клиницист, я сильно увлекся книгой и многое узнал из различных конкретных наведений транса и стенографических протоколов. Тон книги отражает энтузиазм ее авторов, умеренный научной сдержанностью».

Арнольд А. Лазарус, PhD, ABPP, заслуженный почетный профессор психологии Рутгерского университета, исполнительный директор Института Лазаруса, Скилман, Нью-Джерси.



ИНСТИТУТ ПСИХОТЕРАПИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Свидетельство о гос. аккредитации № 25-2014 от 20.07.2005 г.
Гос. лицензия МО РФ № 169357 от 25.07.2005 г.
http://www.psyinst.ru; http://www.psygrad.ru; http://www.psybook.ru
127055, г. Москва, ул. Новолесная, д. 6 «Б», стр. 1
☎☎/факс: (495) 987-44-50 (многоканальный, с 10 до 20 час.)

ПОСЛЕДИПЛОМНАЯ ПЕРЕПОДГОТОВКА ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

для работы в системе здравоохранения и частной практики с выдачей государственного диплома о профессиональной переподготовке по специальности «Клиническая психология»

ПСИХОЛОГ ⇨ КЛИНИЧЕСКИЙ ПСИХОЛОГ

В соответствии с Приложением № 2 приказа МЗ РФ № 438 от 16.09.2003 г., медицинский (клинический) психолог, работающий в учреждении здравоохранения – это специалист с высшим психологическим образованием по специальности клиническая психология (030302), либо специалист с другим высшим психологическим образованием, прошедший профессиональную переподготовку по клинической психологии.

При работе в учреждениях здравоохранения клинические психологи по разряду, оплате и льготам приравниваются к врачам

Принимаются: психологи, педагоги-психологи, социальные и др. психологи, бакалавры психологии, студенты 4, 5-го курсов факультетов психологии (параллельно с основным обучением).

Формы обучения – очная, очно-заочная и вечерняя, от 9 до 16 месяцев.

Виды специализации при переподготовке:

1. Интегративный подход в психологической коррекции
2. Арт-терапия
3. **Гипноз эриксоновский и эриксоновская психотерапия**
4. Детская и подростковая психологическая коррекция и психотерапия
5. Зависимого и созависимого поведения психологическая коррекция и психотерапия
6. Когнитивно-поведенческая психотерапия
7. Кризисных состояний и постстрессовых расстройств коррекция и психотерапия
8. Пренатальная и перинатальная психология и психотерапия
9. Психосоматических расстройств психологическая коррекция и психотерапия
10. Семейный психолог (специализация, включающая обучение по системной семейной, детской, подростковой, перинатальной психологии и психотерапии)
11. Символдрама в психотерапии и психологической коррекции
12. Системная семейная психотерапия
13. Телесно-ориентированная психотерапия
14. Трансактный анализ и Терапия нового решения
15. Трансперсональная психотерапия
16. Экзистенциальная психотерапия

С программами переподготовки, расписанием занятий можно ознакомиться в Институте или на сайте института http://www.psyinst.ru

ПРОГРАММА ОБУЧЕНИЯ ЭРИКСОНОВСКОМУ ГИПНОЗУ И ЭРИКСОНОВСКОЙ ТЕРАПИИ

Подробное описание программы на сайте Института http://www.psyinst.ru

Основной модуль

Данный модуль предполагает получение фундаментальных знаний и умений в области эриксоновского гипноза. Рассчитан на широкий круг обучающихся и является основой для уверенной и успешной работы в области гипнотерапии.

1. Базовый курс эриксоновского гипноза и эриксоновской психотерапии – 24 час.
2. Наведение ресурсных трансов в эриксоновском гипнозе (ЭГ) – 24 час.
3. Терапевтические метафоры в эриксоновской терапии – 24 час.
4. Гипноанализ как поиск в бессознательном – 24 час.
5. Искусство гипнотерапии. Стратегии и тактики работы в ЭГ – 24 час.

Специализированный модуль – «Совершенный гипноз»

Данный модуль ориентирован на обучение продвинутым приемам формирования транса – от быстрого наведения до идей, позволяющих работать на глубинном уровне, нацеленных на поэтапную трансформацию личности. Освоение этих подходов позволит работать с особо сложными ситуациями, встречающимися в психотерапии – от сильного сопротивления до патологических состояний.

6. Левитация. Каталепсия. Использование идеомоторных феноменов – 24 час.
7. Техники быстрого наведения транса – 24 час.
8. «Необычный» гипноз Дэвида Гроува – 24 час.
9. Глубинная психодинамическая гипнотерапия – 24 час.
10. Гипноз без гипноза – 24 час.
11. Внушения в повседневной жизни – 24 час.

Модуль по использованию эриксоновского гипноза в работе с различной проблематикой

Семинары рассчитаны на освоение стратегии и выработку тактики психотерапевтического воздействия при различных заболеваниях. Рассматриваются не только подходы в эриксоновском стиле к проблемам и болезням, но и предлагаются идеи для трансовых наведений, которые не рассматривались в предыдущих блоках.

12. Семейная терапия в эриксоновском гипнозе – 24 час.
13. Эриксоновская терапия ПТСР, горя, последствий насилия – 40 час.
14. Эриксоновская терапия психосоматических расстройств, тяжелых соматических заболеваний и онкологии – 40 час
15. Эриксоновский гипноз в работе с зависимостями и созависимостями – 40 час.

Супервизорский модуль

Супервизию могут пройти слушатели программы, прошедшие основной модуль и не менее 144 часов обучения из 2–3-го модулей.

Заочная супервизия – 12 час. (3-час. видеозапись трансов из терапевтической практики, отчеты по сеансам и описание 2-х полностью проведенных клинических случаев). По результатам Вы будете приглашены на **супервизорский семинар** – 24 час.

ДОКУМЕНТЫ ПО ИТОГАМ ОБУЧЕНИЯ

Государственное свидетельство об усовершенствовании по эриксоновскому гипнозу и эриксоновской терапии получат врачи и психологи, прошедшие не менее 288 часов обучения, включая супервизию.

Диплом о профессиональной переподготовке по психотерапии получат психиатры при прохождении не менее 288 часов обучения, включая супервизию.

Данная программа полностью включена в **курс профессиональной переподготовки по клинической психологии** со специализацией по эриксоновскому гипнозу и эриксоновской терапии.

МЕЖДУНАРОДНАЯ ПРОГРАММА ОБУЧЕНИЯ ЭРИКСОНОВСКОМУ ГИПНОЗУ И ЭРИКСОНОВСКОЙ ТЕРАПИИ

2012 – 2017 гг.

Семинар СТИВЕНА ЛИННА
Границы клинического гипноза: теория и практика

28 марта – 1 апреля 2012 г.

На семинаре будут детально разобраны три программы:

- **программа по отказу от курения**
- **программа потери веса**
- **программа неадекватного восприятия образа своего тела**

Среди преподаваемых на семинаре методик будут представлены: гипнотическая индукция; самогипноз; ментальные навыки контроля внимания; растождествление с ментальным содержанием; гипнотическое укрепление Эго; техники терапии и сдерживания аффективных состояний, регресс и прогрессия возраста; ментальное повторение при решении проблем; 5-пальцевая техника лечения дисфории; стратегии по абстрагированию и отвлечению от боли.

Семинар будет включать в себя практические упражнения, обсуждение случаев, консультирование по клиническим случаям, а также участникам будет предоставлена возможность пообщаться с профессором Линном после основной программы.

Семинар МАЙКЛА ЯПКО
Гипноз в лечении депрессии

12 – 14 октября 2012 г.

http://www.yapko.com

Далее планируется семинар ДЖЕФФА ЗЕЙГА Клинический гипноз

подробности о данных семинарах, а также расписание следующих семинаров программы см. на сайте института

http://www.psyinst.ru

БИБЛИОТЕКА ГИПНОЗА ПРОФЕССОРА ГОРДЕЕВА»

С. Линн, И. Кирш

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОГО ГИПНОЗА

Доказательно-обоснованный подход

Книга первоначально была издана на английском языке под названием: ***Essentials of Clinical Hypnosis: An Evidence-Based Approach*** как публикация Американской психологической ассоциации в США © 2006. Книга переведена на русский язык и издана по разрешению АПА. Этот перевод не может быть переиздан или воспроизведен никакими третьими лицами ни в какой форме без явного письменного разрешения АПА. Ни одна часть этого издания не может быть перепечатана или воспроизведена в какой-либо форме или каким-либо образом, или сохранена в какой-либо базе данных или поисковой системе без предварительного письменного разрешения АПА.

Главный редактор: ***Бутенко Г.П.***
Редакторы: ***Бутенко К.В., Соколова Ю.Н.***
Дизайнер переплета: ***Зотова Н.***
Компьютерная верстка: ***Алина Г.***
Корректор: ***Чаркова Н.***

Подписано в печать 15.03.2011. Формат 60x90/16.
Печать офсетная. Печ. л. 22. Тираж 4000. Заказ № 4471.

ООО «ПСИХОТЕРАПИЯ»:

129337, Москва, ул. Красная сосна, д. 24.
Тел./факс: (495) 988-6429, (499) 188-1932
E-mail: psybook@list.ru

ОТДЕЛ ОПТОВЫХ ПРОДАЖ:

(495) 988-6429, (499) 188-1932

http: / /www. optbook. narod. ru

Отпечатано в полном соответствии
с качеством предоставленных диапозитивов
в ОАО ордена «Знак Почета»
«Смоленская областная типография им. Смирнова».
214000, Смоленск, пр-т им. Ю. Гагарина, 2.